

UNIVERZITA KARLOVA
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Cesta do drogové závislosti a zpět

The Path to Drugs Addiction and Back

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

PhDr. Miloslav Čedík

Autor:

Adéla Kotorová

Praha 2017

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala PhDr. Miloslavu Čedíkovi za odborné vedení mé bakalářské práce, za poskytnuté rady a také za vstřícnost.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Cesta do drogové závislosti a zpět“ vypracovala samostatně s použitím níže uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

Jméno autora

.....

Anotace

Bakalářská práce se zabývá problematikou drogové závislosti. Detailněji se zaměřuje na pomyslnou cestu k drogám a taktéž na možnosti, jak zvolenou nevhodnou životní trajektorii změnit a vydat se po cestě nové, bez drog. Na závislostní chování je v práci nahlíženo nejen jako na poruchu, ale též jako na cestu k integraci osobnosti, jejímu zrání. Práce je koncipována jako teoretická a klade si za cíl poukázat především na faktory podílející se na rozvoji závislostního chování. Detailněji je popsán proces rozvoje drogové závislosti, s rozlišením jejího vývoje u některých nejčastěji užívaných drog. Pozornost je věnována osobnosti závislého a vnějším vlivům, které ke vzniku drogové závislosti přispívají. Zmíněny jsou nejefektivnější preventivní programy, možnosti léčby a příčiny, proč jedinec na své cestě k úzdavě nejčastěji selhává.

Annotation

The bachelor thesis deals with the problem of drug addiction. In more detail, it focuses on the imaginary journey to drugs and also on the possibilities of changing the chosen inappropriate trajectory of life and going on a new, drug-free path. Dependent behavior is seen not only as a disorder, but also as a path to personality integration and maturation. The thesis is conceived as theoretical and aims to highlight the factors involved in the development of addictive behavior. The process of development of drug addiction, with a distinction of its development in some of the most frequently used drugs, is described in more detail. Attention is paid to the personality of the addicted and external influences that contribute to drug addiction. Mentioned are the most effective preventive programs, treatment options, and reasons, why the individual most often fails on the way to recovery.

Klíčová slova

Drogy, genetické faktory, léčba, osobnost, psychoterapie, rodina, společnost, závislost.

Keywords

Addiction, drugs, family, genetic factors, personality, psychotherapy, society, treatment.

Obsah

ÚVOD.....	7
1 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA DROG.....	9
1.1 Stručné dějiny drog a drogové závislosti	9
1.2 Přístup soudobé společnosti k drogám a drogové závislosti.....	11
1.3 Co jsou to drogy	13
1.4 Co je to drogová závislost	15
2 DROGOVÁ ZÁVISLOST DLE TYPU DROGY	20
2.1 Alkoholismus	20
2.2 Nikotinismus	24
2.2 Závislost na konopí	26
2.3 Závislost na „tvrdých“ drogách.....	28
3 OSOBNOST ZÁVISLÉHO	32
3.1 Genetické vlivy a biologické predispozice	32
3.2 Osobnostní rysy.....	33
3.2 Vliv rodinného prostředí na predispozici osobnosti ke vzniku závislosti.....	36
3.3 Vnější okolnosti jako spouštěče drogové závislosti.....	38
4 PREVENCE A LÉČBA	40
4.1 Prevence drogové závislosti.....	40
4.2 Medikamentózní léčba	42
4.3 Význam psychoterapie pro léčbu drogové závislosti.....	44
4.3 Cesta „ven“ z drogové závislosti.....	46
5 DISKUSE	49
ZÁVĚR	53
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	55
SEZNAM ZKRATEK	6
SUMMARY	61

SEZNAM ZKRATEK

AA	Anonymní alkoholici
AIDS	Syndrom získaného selhání imunity
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
ČTK	Česká tisková kancelář
ESPAD	Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách
et. al.	a kolektiv
g	gram
KAB model	knowledge-attitude-behavior model (znalost-postoj-chování)
KBT	kognitivně-behaviorální terapie
kol.	kolektiv
LSD	diethylamid kyseliny lysergové
MET	medikamentózní expulzní terapie
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
n.d.	bez data (z anglického no date)
např.	například
NIAAA	National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (Národní institut pro zneužívání alkoholu a alkoholismus - nejvýznamnější americká výzkumná instituce, která se zabývá problémy způsobenými alkoholem)
OSN	Organizace spojených národů
PČR	Policie České republiky
př. n. l.	před naším letopočtem
s.	strana
tj.	to je
THC	tetrahydrocannabinol
USA	Spojené státy americké

ÚVOD

O drogách již bylo napsáno mnohé. Víme, že drogy jsou nebezpečné, víme, co je to závislost, a též víme nebo tušíme, jaké okolnosti nás do závislosti mohou přivést.

I přes tyto základní znalosti závislých na psychoaktivních látkách neubývá, právě naopak. Nabízí se otázka, proč tomu tak je.

Na tuto otázku nelze jednoznačně odpovědět. Příčin vedoucích k závislosti je velké množství. V obecné rovině, nahlížíme-li na fenomén závislosti, zohledňujeme holistický pohled na osobnost jedince a zkoumáme tak rovinu biologickou, psychickou i sociální. Existuje předpoklad, že závislost, která je považována za nemoc, bývá podobně jako řada jiných chorob dědičná. Mluví se také o tom, že určité rysy a vlastnosti jedince jej predisponují ke vzniku závislosti a v neposlední řadě se hovoří také o vlivu společnosti na závislostní chování.

Současná éra je označována za éru postmoderní. V ní stojí v popředí jedinec, a to jedinec narcistický, zajímající se především o své vlastní zájmy. Morálka je narušena, důležité je okamžité a co nejvyšší vzrušení. Na vznik závislosti je tak někdy nahlíženo i jako na krizi hodnot, ať již ve společnosti, nebo v samotném prožívání jedince.

I přesto, že se o drogách hodně píše a na boj s nimi jsou vynakládány ze státního rozpočtu nemalé finance, drogy ze společnosti nemizí. Vliv na to má bezpochyby jejich snazší dostupnost (drogu si lze obstarat prostřednictvím internetu, ceny drog se snižují apod.), ale též dle našeho názoru podceňování jejich rizik. Jsme přesvědčeni, že jsme téměř nesmrtelní. Pokud má někdo problém se závislostí na droze, je to jeho osobní selhání – takový jedinec je v našich očích jedincem slabým, zcela odlišným od nás samotných.

Je však pravdou, že závislým se může stát kdokoliv z nás. Nemuseli jsme se narodit s geny, které vznik závislosti usnadňují. Nemuseli jsme vyrůstat v nefunkční rodině - naši rodiče mohli být příkladnými občany. I přesto se ale v našem životě mohou objevit situace, okolnosti, které závislostní chování spustí.

Domníváme se tedy, že i přes velkou pozornost, která je problematice drog věnována, stále mnozí lidé jako by nikdy neslyšeli, jak nebezpečné drogy mohou být. Nechtějí si připustit, že toto téma se týká i jich. Navíc platí, že pakliže se v rodině vyskytuje člen, který je drogově závislý, není závislost problémem pouze jeho vlastním, ale je problémem celé této rodiny.

Vzhledem k závažnosti tématu jsme si tedy zvolili jako téma bakalářské práce problematiku závislosti. Práce je koncipována jako teoretická a jejím cílem je identifikace

hlavních faktorů, které vedou ke vzniku závislosti, ale též k vítězství nad závislostí, a to se zřetelem na osobnostní, celoživotní vývoj jedince.

Práce je rozdělena do čtyř kapitol. V první je stručně vymezena problematika drog. Zabýváme se nejen tím, co jsou to drogy, ale též jejich postavením ve společnosti, a to jak ve společnosti soudobé, tak i v celkové historii lidství. Charakterizována je též v hlavních bodech drogová závislost.

Druhá kapitola je věnována představení psychotropních látek, které jsou v České republice nejčastěji užívány. Důraz je kladen na rozvoj závislosti u těchto návykových látek, a to rozvoji závislosti v rovině somatické i psychické.

Třetí kapitola práce se zabývá okolnostmi a příčinami, které vedou ke vzniku závislosti. Pozornost je věnována především rodinnému vlivu na osobnost závislého.

Čtvrtá kapitola práce se zaměřuje na cestu ven z drogové závislosti. Ve stručnosti zmiňujeme jednotlivé formy prevence, které se v boji proti drogám nejvíce osvědčují. V této části práce se však zabýváme především tím, co považujeme u fenoménu závislosti za nejvýznamnější – a to možnou léčbou závislosti. Vystoupením ze závislosti nemoc nekončí. Vítězství nad drogou však dává jedinci naději, že jeho život může být znovu kvalitní a smysluplný, a to i bez velké euforie vyvolané drogou.

1 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA DROG

Pravděpodobně by většina předškolních dětí byla schopna popsat, co si představuje pod slovem droga či drogová závislost. Definici tohoto pojmu by bezesporu velmi snadno podali i dospělí jedinci – otázkou však zůstává, do jaké míry by tato definice byla přesná, resp. co dospělí lidé, kteří velmi často drogy nejen užívají, ale nezřídka i nadužívají, za drogu skutečně považují.

V následující kapitole pojednáváme o dějinách drog a drogové závislosti. Stručně se zabýváme také postavením drog v soudobé společnosti, včetně vymezení psychotropních látek a jejich užívání v legislativě. Pozornost je věnována také vysvětlení pojmu droga a popisu vzniku a rozvoje drogové závislosti.

1.1 Stručné dějiny drog a drogové závislosti

Jak uvádí Kudrle (2003a, s. 83), drogy existovaly v lidstvu pravděpodobně od počátku jeho historie. Z výzkumů antropologů dle autora vyplývá, že jejich užívání však bylo původně jiné, než je tomu v současnosti. Drogy sloužily k léčení, věštění, využívány byly v různých rituálech a pomocí drog se také naši předci spojovali se světy existujícími v jejich představách mimo svět pozemský. Jak autor dále vysvětluje, již **v paleolitu** měli šamani vypracované techniky k vyvolávání stavů změněného vědomí, právě s užitím drog. V čínské medicíně se používaly psychedelické látky již před 3 500 lety, ve staré Indii byl oblíbený nápoj soma.

Drogy, které byly užívány v historii, se často nelišily od těch, které známe dnes. Sumerové vyráběli z máku opium, ve starém Egyptě bylo opium dováženo z Kypru. Na asyrské hliněné desce, která pravděpodobně pochází z roku 2 700 př. n. l. a v současnosti je uložena v Britském muzeu v Londýně, je uvedena zmínka o „*dceři polního máku*“, tj. opiu. Ve starém Řecku dokonce existovaly svatyně, v nichž bylo opium užíváno při různých náboženských, ale i lékařských obřadech. Pacienti pod vlivem těchto drog halucinovali a tyto halucinace je přivedly k úzdavě (Novák, 2007, s. 19).

Tabák pěstovali Indiáni v Severní Americe a do Evropy byl přivezen Evropany, kteří začali Severní Ameriku kolonizovat. Název pro alkaloid nikotin, který je tabákových listech obsažen, je užíván podle Jeana Nicota,¹ francouzského velvyslance na portugalském

¹ Nicot nejenže tabák užíval, ale dále s ním i experimentoval a v roce 1560 jej přinesl na portugalský dvůr jako lék, a to ve formě šňupacího tabáku (Möllerová, 2010).

dvoře. První tabáková semena přivezl do Evropy misionář Romano Pane, který se účastnil druhé Kolumbovy výpravy. Semena pocházela z provincie Tabacco na ostrově San Domingo (Kazimour, s. 179).

Také konopí má svoji dlouhou historii. Užíváno bylo pro posvátné, léčebné i rituální účely, a to nejprve v zemích Středního východu (v arabských zemích bylo užíváno jako rekreační droga, namísto alkoholu), v Africe, v Číně, Indii, Tibetu či v Severní a Jižní Americe. Do Evropy se konopí dostalo díky křižáckým výpravám přibližně v 5. století našeho letopočtu (Kudrle, 2003a, s. 83-84).

V Evropě vždy představoval hlavní omamnou látku užívanou obyvatelstvem alkohol – zejména pivo, víno a medovina. Kromě toho však lidé v minulosti, stejně jako v současnosti, experimentovali s různými rostlinami a bylinami. U Slovanů se jednalo např. o rulík, durman, oměj či blín (Novák, 2007, s. 20).

Alkohol patrně patří také k nejstarší, ale i nejvíce užívanou psychotropní látkou na světě, k čemuž přispívá i jeho legalizace ve většině zemí světa. Zelený (2012) označuje alkohol za kulturní fenomén. Fermentaci² (tj. kvašení, nejčastěji ovoce) znali podle autora již sumerské, egyptské nebo čínské kultury, přičemž tento proces byl objeven v různých kontinentech nezávisle na sobě. Nejprve byl alkohol, podobně jako jiné psychotropní látky, užíván k lékařským účelům či při různých obřadech, a tedy nebyl masově. Později se však jak výroba, tak i užívání alkoholu stalo masovou záležitostí.

Jak uvádí Martin (2009, s. 2), ve středověku se stal alkohol oblíbeným nápojem nejen mužů, ale i žen a dětí. Mnohdy bylo bezpečnější pít alkohol než vodu, která byla závadná a způsobovala mnoho závažných chorob, včetně šíření epidemií. Nejčastěji lidé v této době pili víno nebo pivo. To s sebou přinášelo velké sociální problémy způsobené vznikem závislosti či silnou intoxikací alkoholem.

Již s počátkem užívání drog bylo zřejmé, že účinky psychotropních látek nejsou jen příjemné a pozitivní. Velmi záhy se lidstvo seznámilo i se stinnou stránkou drog a v důsledku toho začaly přistupovat jednotlivé země k regulaci jejich užívání, a to již ve starověku.

I přesto ještě ve dvacátém století bylo užívání některých návykových látek poměrně tolerováno. Dle Kudrleho (2003a, s. 85-86) byl např. heroin, jenž byl objeven v roce 1898, na počátku 20. století vyzdvihován pro svoji nenávykovost. Ještě do roku 1903,

² Dle Edwardse (2004, cit. dle Holcnerová, n.d., s. 8) procesem fermentace vzniká produkt, v němž je omezené množství ethanolu – maximálně 17 %. Pokud totiž koncentrace alkoholu dosáhne určitého stupně, kvasinky nemohou dále pracovat, nebo jsou alkoholem usmrceny. Destilace, pomocí níž lze dosáhnout koncentrace ethanolu v alkoholickém nápoji daleko vyšší, pro potravinářské účely většinou maximálně kolem 40 %, vznikla dle Zelenky (2015, s. 59) ve 12. století v arabském světě.

podle některých pramenů až do roku 2006, obsahovala Coca-cola kokain (v současné době dává tomuto nápoji koka pouze chuť, kokain je z listů extrahován a v nápoji není. Povzbuzující účinek místo kokainu dodává Coca-cola kofein). Zároveň však s drogami experimentovali a experimentují umělci a např. psychiatři a psychologové po celém světě v padesátých letech minulého století zkoušeli sami na sobě účinky psychotropních látek – tyto aktivity jsou spojovány zejména s americkým psychologem Timothy Learem.

Tyto experimenty se konaly i v tehdejším Československu, a to v 50. až 70. letech minulého století. Cílem 29 vědců (psychologů a psychiatrů), kteří se tohoto výzkumu zúčastnili, bylo studium stavů mysli blízkých schizofrenii. Testovanou látkou bylo LSD. Většina účastníků hodnotila svoji účast pozitivně – byli toho názoru, že jim tato zkušenost pomohla lépe porozumět svým duševně nemocným pacientům. Podobné experimenty se konaly v Československu ale i na vojácích Československé lidové armády (Válková, 2014).

1.2 Přístup soudobé společnosti k drogám a drogové závislosti

Dle Kaliny (2003a, s. 15) je možné v soudobé historii užívání psychotropních látek možné rozlišit tři následující období:

- **začátek 20. století až 60. léta 20. století:** drogy byly považovány za odborný problém, kterým se zabývala poměrně malá skupina odborníků, zejména lékařů a psychiatrů;
- **60. až 80. léta 20. století:** drogy již nepředstavují odborný problém, ale problém společenský. Lidé ve vyspělých zemích začali užívat různé druhy drog ve velkém měřítku, což mělo závažné dopady nejen na jejich zdraví, ale též toto chování vedlo ke vzniku společenských problémů. Jednotlivé země v návaznosti na tuto skutečnost začaly věnovat velkou pozornost protidrogové politice;
- **90. léta 20. století až po současnost:** z drog a jejich užívání se stal problém globální, tj. drogy jsou problémem téměř ve všech zemích světa. Tyto země můžeme dle autora rozlišit na tři skupiny, a to na země producentské, transitní a spotřebitelské (Česká republika patří k poslední jmenované skupině). Globálnost tohoto problému taktéž znamená, že se různým způsobem dotýká každého jednotlivce, neboť v současných vyspělých státech má prakticky každý člověk určitou zkušenost s drogou a jejími dopady na život jedince – ať již se jedná o zkušenost osobní, nebo zprostředkovanou někým z blízkého sociálního okolí.

Zatímco v minulosti, jak již bylo zmiňována, zejména tedy v dávné minulost, bylo užívání psychotropních látek výsadou určité společenské elity (šamanů, lékařů, šlechty), v současné době se užívání drog stává podle Kukly a kol. (2016, s. 336) běžnou, nezdědka každodenní záležitostí velké části populace. Důvody, proč tomu tak je, mohou být dle autorů různé. Patří k nim např. útek z reality, slast, kterou drogy přináší, ale i nuda či existenciální úzkost. V pozadí distribuce drog stojí silné ekonomické tlaky, ale i lobby různých vlivných skupin.

V současné době dle OSN užívá ve světě drogy asi 250 milionů lidí, přičemž jen v roce 2015 jich na následky jejich užívání zemřelo přibližně 200 tisíc a závažnými zdravotními důsledky plynoucími z jejich užívání trpí asi 29 milionů osob. Odborníci považují za nebezpečný trend zvýšené užívání heroinu, a to zejména v Evropě a v USA. Nejrozšířenější drogou je hašiš a marihuana. Navíc se objevují nové, syntetické drogy – v roce 2015 bylo objeveno 75 nových návykových látek (ČTK, 2016a).

Jak uvádí Matoušková (2013, s. 32), v bývalém Československu se nezákonný obchod s drogami rozvinul po první světové válce, konkrétně v letech 1920-1925. Příčinou této skutečnosti byla dobrá poloha Československa ve středu Evropy. V důsledku toho se Československou stalo nejen cílovou zemí pro distributory drog, ale též významnou zemí tranzitní. Vzhledem k uzavřenosti Československa vlivem tehdejšího politického uspořádání se však po většinu minulého století drogy do Československa příliš nedovážely a čeští drogově závislí si tak mnohé drogy, a to až do konce 80. let minulého století, vyráběli mnohdy sami, z látek, které pro ně byli dostupné, případně je kupovali od těch, kteří se výrobou omamných látek zabývali. Po roce 1989, kdy se Československo znovu otevřelo světu, se začaly na československý trh dostávat i jiné druhy drog a zároveň začala narůstat kriminalita spojená s jejich distribucí a užíváním.

Všechny vyspělé země se snaží omezit distribuci drog a jejich užívání, k čemuž vedou zejména dvě strategie. Jsou jimi snižování nabídky drog a snižování poptávky pro drogy. Při snižování nabídky drog hrají významnou roli zejména celní správa a policie. Postihována je nelegální výroba drog, distribuce drog, nelegální výroby drog jsou zavírány, důraz je kladen i na únik legálních drog užívaných v medicíně či ve výzkumu. Do této oblasti patří i tzv. eradikace zemědělské produkce, tj. vymýcení pěstelských kultur koky, opiového máku a cannabisu a zároveň proměna těchto oblastí ve smyslu zavádění pěstění jiných plodin, ale též hledání vhodnějšího způsobu obživy pro tamější obyvatelstvo. Snižování poptávky se týká samotných konzumentů, ať již stávajících nebo potenciálních. Oproti první oblasti jsou uplatňovány nerepresivní kroky,

avšak zároveň platí, že obě tyto strategie spolu úzce souvisí a doplňují se (Kalina, 2003a, s. 16-17).

Užívání psychotropních látek, ale i nakládání s nimi, včetně jejich distribuce, je pochopitelně také zakotveno v legislativě. Mahdalíčková (2014, s. 90) zmiňuje, že samotné užívání nezákonné není. Nelegální je však neoprávněné zacházení s nimi. Toto neoprávněné nakládání s psychotropními látkami může být kvalifikováno jako přestupek, nebo jako trestný čin.

Pro účely naší práce nepojednáváme blíže o problematice výroby drog, stručně se však zmíníme o tom, jaké možnosti má český uživatel vymezeny v legislativě co se týče užívání drog (vyjma alkoholu a nikotinu, které jsou českou společností tolerovány) a jejich přechovávání.

Dle § 284 trestního zákoníku může být jedinec potrestán odnětím svobody až na jeden rok, pokud „*přechovává v množství větším než malém omamnou látku konopí, pryskyřice z konopí nebo psychotropní látku obsahující jakýkoliv tetrahydrokanabinol, izomer nebo jeho stereochemickou variantu (THC).*“ Pokud jedinec dle tohoto zdroje přechovává jinou omamnou nebo psychotropní látku, než je výše uvedena, nebo jed, může být potrestán odnětím svobody až na dva roky. Pokud je spáchán jeden z výše uvedených činů ve větším rozsahu, odnětí svobody může být až na pět let a pokud je tento rozsah „*značný*“, odnětí svobody jedinci, který se takového činu dopustí, může být až na osm let.

Dle Stanoviska trestního kolegia Nejvyššího soudu bylo definováno „**množství větší než malé**“, tj. množství psychotropní látky, které může uživatel pro svoji osobu uchovávat, aniž by se jednalo o přestupek či trestný čin. U marihuany je množstvím větším než malým více než 10 g sušiny, u hašiše více než 5 g, u lysohlávek či jiných hub obsahujících psilocin nebo psilocybin více než 40 plodnic houby, u extáze více než 4 tablety, u pervitinu a heroinu více než 1,5 g, u kokainu více než 1 g atd. (PČR, 2014).

1.3 Co jsou to drogy

Drogy jsou podle Kukly a kol. (2016, s. 336) „*omamné či psychotropní látky, které ovlivňují lidské vnímání a vyvolávají drogovou závislost.*“

V hovorové řeči jsou za drogy považovány i jiné než omamné či psychotropní látky. Běžně je tak za drogu považován např. tanec, ale i intenzivní sportování, nebo potraviny, kterých je těžké se vzdát a užívat je pouze v malém množství (za drogu je

v neodborné veřejnosti považována např. čokoláda³). V naší práci vycházíme z výše uvedené definice, která fyzickou či psychickou závislost jedince spojuje s užíváním látky omamné či psychotropní.

Dle Tezauru EUROVOC je termín psychotropní látka nadřazeným pojmem pro omamnou látku, přičemž výraz droga se užívá jako jiný termín pro látku omamnou (PS PČR, n.d). V našem textu užíváme všechny tři termíny jako synonyma.

Kalina (2008, s. 339-340) uvádí, že drogy je možné dělit do dílčích kategorií dle různých hledisek. Nejčastěji, a to i laickou veřejností, se drogy dělí na tvrdé a měkké. V závislosti na účinku drog na lidskou psychiku jsou rozlišovány tlumivé látky neboli narkotika, které zpomalují psychomotorické tempo, navozují spánek, ale mohou způsobit i kóma či zástavu životních funkcí (k těmto látkám patří např. benzodiazepiny, alkohol, těkavé látky či opiáty), dále na psychomotorická stimulantia, která naopak jedince nabudí, tj. zrychlují psychomotorické tempo (k těm patří pervitin a kokain) a na halucinogeny, které mění stav vědomí – to může být pouze zastřené, ale také velmi změněné, podobně jako je tomu např. u schizofrenie (k halucinogenům je řazeno LSD, kanabis či psilocybin).

Slovo droga má podle Rabocha, Zvolského (2001, s. 186) pravděpodobně arabský původ. Nověji je tento pojem odvozován z holandského výrazu „*droog*“, což znamená suchý, případně ze španělského slova „*droga*“, které je možné přeložit jako koření. Jak autor upozorňuje, velmi často je termín droga užíván pouze pro drogy ilegální, což však vede k bagatelizaci rizik a negativních dopadů užívání drog legálních, k nimž patří alkohol a nikotin.

Dělení drog na měkké a tvrdé, které je známé i laické veřejnosti, považují mnozí odborníci za problematické. Toto dělení je založeno na rozlišení psychotropních látek dle míry jejich účinku, resp. dopad na zdravotní, sociální, ale i psychické a duchovní oblasti osobnosti jedince či společnosti (Minařík, 2009). Jak však upozorňují Raboch, Zvolský (2001, s. 186), ve skutečnosti není snadné určit, kterou psychotropní látku lze považovat za měkkou a kterou za tvrdou.⁴ Většinou je při tomto dělení vycházeno z dopadu užívání drogy na somatické zdraví, resp. schopnosti takové látky vyvolat

³ Podle Hlubinkové a kol. (2008, s. 223) bylo vědci zjištěno, že i v čokoládě se nacházejí látky, které mohou vyvolávat závislost (jedná se např. o theobromin, který má podobné účinky jako kofein, či tyrosin, tedy peptid, který může působit na centrální nervovou soustavu), včetně látek, jejichž účinek je podobný jako je účinek THC, nicméně tyto látky jsou v čokoládě přítomny jen ve velmi malém množství a pokud by měly vyvolat euforii, musel by jedinec sníst velké množství čokolády. Na čokoládě bývají podle tohoto zdroje závislé především ženy, neboť sladkosti zvyšují v mozku ženy hladinu serotoninu, který vyvolává pocit štěstí. Ukončení konzumace čokolády může též dle autorů vyvolat abstinenční příznaky a je tak vhodné v takovém případě vyhledat odbornou pomoc.

⁴ K tvrdým drogám bývá řazen např. toluen, heroin, crack, LSD, lysohlávky, kokain, pervitin, ale i alkohol, extáze či kodein, zatímco k měkkým drogám patří např. marihuana, hašiš či káva a čaj (Minařík, 2009).

somatickou závislost a také z fyzických následků předávkování látkou. V tomto ohledu např. alkohol nebývá veřejností považován za drogu (tedy ani za drogu tvrdou), a to i přesto, že somatická závislost u této drogy vzniká. Naopak LSD somatickou závislost nezpůsobuje, ale vzhledem k tomu, že se jedná o velmi rizikovou látku, je LSD považováno za drogu tvrdou.

Drogy nemají negativní dopad pouze na psychiku či fyzické zdraví jedince, ale i na celou společnost. Zároveň platí, že užívání drog s sebou nepřináší pouze negativa – kdyby tomu tak bylo, nebyly by drogy tak hojně a rizikově užívány od počátku lidstva až po dobu současnou.

Účinkům jednotlivých typů drog se věnujeme ve druhé kapitole práce. V následující podkapitole blíže popisujeme fenomén drogové závislosti, tj. procesu, kdy se jedinec vydává do pomyslného pekla, z něž je jen velmi obtížné najít cestu zpět: cestu do světa, který je oproti světu drog relativně bezpečný, předvídatelný, a především reálný a hmatatelný.

1.4 Co je to drogová závislost

Jak uvádí Matoušková (2013, s. 31), drogovou závislost, nebo též toxikomanii či závislost na omamných látkách definuje Světová zdravotnická organizace jako „*psychický, někdy i fyzický stav charakterizovaný změnami chování a dalšími reakcemi, které vždy zahrnují nutkání užívat drogu opakovaně...pro její psychické účinky a dále proto, aby se zabránilo vzniku nepříjemných stavů, vznikajících při nepřítomnosti drogy v organismu.*“

Výše uvedená definice obsahuje výčet velké části kritérií, které jsou uvedeny v diagnostických manuálech pro možnost stanovení diagnózy **syndromu závislosti**.⁵ K tomu, aby mohla být u jedince závislost diagnostikována, je dle Nešpora (2011a, s. 9-10) nutné, aby v průběhu posledního roku nastaly u jedince nejméně tři z níže uvedených jevů:

- silná touha nebo pocit puzení užívat danou látku;
- potíže v sebeovládání v souvislosti s užíváním dané psychotropní látky, zejména co se týče počátku užití této látky, ukončení jejího užívání, ale též s ohledem na množství užití látky;

⁵ V diagnostickém manuálu Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN-10) je závislost označována kódem dle psychotropní látky, na které u jedince závislost vzniká. Poruchy, které vznikají užíváním psychotropních látek, mají kód F10-F19. Pro syndrom závislosti se užívá statistický kód F1x.2, přičemž místo písmene „x“ se uvádí číslo dané psychotropní látky (Nešpor, 2011a, s. 9).

- tělesný odvykací stav: užití látky vyvolává nepříjemné příznaky. Jedinec ji tedy užívá opakovaně, aby tyto nepříjemné symptomy odstranil, nebo umenšil jejich intenzitu. V některých případech užívají závislí příbuznou látku s obdobnými účinky;
- průkaz tolerance k účinku látky: jedinec musí navyšovat dávku, aby dosáhl stejného účinku, jako při začátku jejího užívání;
- postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů: toto zanedbávání je ve prospěch psychotropní látky, na které je jedinec závislý, ať již se jedná o její užití, nebo kroky vedoucí k jejímu získání;
- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých důsledků: následky, které závislost vyvolává, mohou být přítomny v různých oblastech života jedince, ať již se jedná o zdraví či rovinu psychickou.

Běžně se hovoří o tom, že i jedinec, kterému se úspěšně podaří překonat svoji závislost, mnohdy i dlouholetou, zůstává vždy závislým. Je žádoucí, aby se vyhýbal všem situacím, v nichž existuje riziko, že své závislosti znovu propadne (pro laika může být úsměvné dočíst se o tom, že vyléčení závislí na alkoholu by neměli jíst např. rumové pralinky, neboť i jejich užití může znovu u vyléčeného jedince spustit závislostní chování). I když může vyléčený závislý v různých okamžicích svého života pociťovat chuť opět drogu, na které byl závislý, užít, je u něj přítomen pouze jeden z výše uvedených příznaků, tj. v takovém případě nehovoříme o syndromu závislosti, ale jak bude uvedeno dále v textu, za závislého jedince považován je.

Významným fenoménem, který je se závislostí spojen, je právě touha užít danou látku. Užívá se pro něj výraz **craving**, který je do češtiny překládán jako bažení. Raboch, Zvolský a kol. (2001, s. 184) vysvětlují, že se jedná o jev, který hraje při vzniku závislosti klíčovou roli a většinou je uváděn také jako centrální charakteristika syndromu závislosti. Craving se netýká pouze touhy látku užít. Zároveň vede i ke sníženému sebeovládání a neschopnosti poučit se z negativních důsledků, které užívání dané látky v životě jedince má. Craving však podle autorů není pouze fenoménem psychickým, ale též je popisován jako „*převaha aktivity některých podkorových struktur, zodpovědných mj. za emoční odpověď (limbický systém) nad kontrolní činností mozkové kůry.*“

Přestože je craving jevem obecně známým, doposud pro něj nebyla vypracována jednotná, všeobecně přijímaná definice, ani neexistuje jediná uznávaná metody, pomocí níž by bylo možné craving měřit. Odborníci tak usuzují na craving např. z dotazování pacienta na intenzitu užívání dané drogy, sledovány jsou fyzické změny (např. zvýšená

srdeční činnost, pocení, svalové napětí) nebo tendence pacienta znovu propadnout drogové závislosti. Podobně neexistuje ani shoda v tom, zda je craving příčinou závislosti, nebo jejím důsledkem, resp. vedlejším efektem⁶ (Hanson, Venturelli, Fleckstein, 2017, s. 177).

K dalším ze znaků, které jsou u závislosti přítomny a který jsme zmiňovali, je **snížené sebeovládání**. Nešpor (2011a, s. 14) zdůrazňuje, že zhoršené sebeovládání a craving spolu úzce souvisí, ale nejedná se o totožné fenomény. Bažení zhoršuje sebeovládání, ale jsou i tací závislí, jejichž sebeovládání při existenci bažení je zachovalé. Pro závislého však může být obtížné se ovládat, i když si své bažení neuvědomuje. Sebeovládání bývá sníženo vlivem snížené regulace emocí, ale i únavou či expozicí podnětů, které mají na sebeovládání negativní vliv (proto by vyléčení závislí měli změnit svůj životní styl a některým místům, v nichž užívání závislosti propadali, by se měli trvale vyhýbat).

Odvykací stav se někdy nazývá také jako abstinenční syndrom, syndrom z odnětí nebo vysazení návykové látky. Přítomny jsou u něj různé somatické a psychické příznaky (Raboch, Zvolský a kol., 2011, s. 184).

Příčinou odvykacího stavu je náhlý nedostatek drogy v organismu. Rozvíjí se u všech typů závislostí. Jedná se o nebezpečný stav, který může být i život ohrožující. Tento stav může trvat až dva týdny. Příznaky bývají opačné, než jsou příznaky užívání drogy – patří k nim např. apatie nebo neklid, nesoustředěnost, bolest hlavy, nechutenství, ale i zmatenost, halucinace či bezvědomí s křečemi. Tyto příznaky jsou silnější, pokud jedinec byl na látce závislý po dlouhou dobu. Odeznívají většinou do dvou týdnů a s tím, jak odeznívají, umenšuje se také závislost jedince na droze (Bydžovský, 2011, s. 71).

Hosák, Hrdlička, Libiger a kol. (2015, s. 184) upozorňují, že s užíváním návykových látek dochází k výrazným změnám v centrální nervové soustavě. Tyto změny jsou dlouhodobé, v důsledku čehož i po odeznění odvykacího stavu mohou různé stresové podněty nebo i jen vzpomínka na účinky drogy vyvolat abstinenční příznaky a aktivovat bažení.

Závislost může být psychická i fyzická, přičemž u obou těchto typů je craving přítomen. Podle Kaliny a kol. (2008, s. 55) znamená **psychická závislost** „*syndromový komplex s jádrovým psychickým cravingem*“, k němuž jsou přidruženy poruchy motivačního a behaviorálního charakteru (tj. snížená kontrola užívání či užívání látky i

⁶ Dle Duška, Večeřové-Procházkové (2010, s. 487) existují anti-cravingové léky, které by měly být dle autorů vždy součástí komplexní léčby a v případě rizika recidivy se nedoporučuje vysadit jejich užívání. Při léčbě závislosti na alkoholu nebo opioidech se užívá např. Naltrexon. Anti-cravingově působí i některá antidepresiva III. generace, např. setralin.

přes její nepříznivý dopad na život jedince), zatímco u **závislosti psychické** je craving jeden z několika příznaků – v centru fyzické závislosti stojí podle autorů nárůst tolerance a průkaz odvykacího stavu. Pavlovský a kol. (2012, s. 57) zmiňuje také zkříženou závislost, která se vyznačuje schopností látky potlačit příznaky způsobené odnětím jiné látky.

Pod pojmem závislost si laická veřejnost patrně představí jedince, který psychotropní látku užívá opakovaně, a to právě na úkor jiných, významných oblastí v jeho životě. Raboch, Zvolský a kol. (2001, s. 184) však upozorňují, že z hlediska odborného je závislost zastřešujícím pojmem pro různé formy závislosti, resp. pro různé klinické stavy, které mohou být dle autorů následující:

- aktuální abstinence;
- aktuální abstinence v chráněném prostředí (např. v léčebně);
- aktuální abstinence v klinicky sledovaném substitučním režimu (může se jednat např. o metadonovou léčbu);
- aktuální abstinence při léčbě averzivními nebo blokujícími látkami;
- aktivní závislost;
- souvislé užívání návykových látek (může se jednat o užívání látky souvisle v průběhu několika dní);
- epizodické užívání návykových látek (typickým příkladem je dipsomanie, pro kterou je užíván též termín kvartální pijáctví).

V historii bylo k závislosti přistupováno různým způsobem a dle Kaliny (2003b, s. 78) tak můžeme rozlišovat několik modelů popisujících závislost a její vznik. Prvním modelem byl model biomedicínský. V tomto pojetí byla závislost chápána jako nemoc daná poruchou mozkových funkcí, s genetickou etiologií. Léčba byla prováděna pomocí detoxikace, prací, ale především ústavní izolací (ambulantní léčba se jevila jako neúčinná a nebyla tedy užívána). Tento model byl nahrazen **bio-psycho-sociálním modelem**. Jak již název napovídá, závislost je v tomto pojetí chápána jako kombinace faktorů biologických, psychických i sociálních. Předpokládá se, že se jedinec rodí s určitými dispozicemi ke vzniku závislosti, zároveň může být vůči upadnutí do závislosti zranitelný (vlivem přítomnosti některých psychických rysů) a zároveň velkou roli hrají i vnější okolnosti, tj. spouštěče, které vedou k manifestaci závislosti. Tomuto přístupu odpovídá i léčba, která zahrnuje detoxikace, farmakoterapii i psychoterapii, nezřídka se zapojením do léčby osob blízkých závislému.

Doposud jsme se zabývali tím, co je to závislost a jaké jsou její hlavní znaky. Fenomén závislosti však nelze abstrahovat od dalších jevů, které s ní souvisejí. Dílčími

dopady závislosti na osobnost jedince či jeho sociální okolí se zabýváme dále v textu. Považujeme však za důležité zmínit se alespoň ve stručně také o somatických komplikacích, které závislost přináší.

Dle Minaříka, Řeháka (2008, s. 89) mohou být somatická komorbidní onemocnění pro život jedince mnohem ohrožující, než je samotná závislost. Je otázkou, zdali je možné oddělit důsledky tohoto rizikového chování od jeho samotné podstaty. Kdyby se jedinec nechoval rizikově, nemusel by čelit řadě nemocí, které si svým rizikovým chováním sám přivodí. Závislost toto rizikové chování dále potencuje a je jeho příčinou, a tedy dle našeho názoru právě závislost je podstatou, z níž vyplývají další ohrožující jevy, a tedy závislost je tím, co život závislého ohrožuje nejvíce. Pochopitelně v okamžiku, kdy jedinec onemocní závažnou chorobou, ta může být jevem, která jeho život velmi brzy ukončí.

K těmto chorobám dle Minaříka, Řeháka (2008, s. 89-90) patří např. HIV. Její léčba je u závislého komplikována. Závislý většinou nespolupracuje, a tedy nedodrжуje léčebný režim. Do kategorie somatických komorbidních onemocnění u drogově závislých však patří i jiné choroby či zdravotní obtíže, které si jedinec přivodí např. jednáním, kdy se snaží drogu získat. Pokud jedinec s drogou pouze experimentuje, či je uživatelem neinjekčním, s kratší drogovou kariérou, komorbida bývá méně častá. Injekční uživatelé drog, u nichž nejsou přítomny vážné zdravotní obtíže, jsou nejčastěji ohroženi infekčními onemocněními, k nimž kromě AIDS patří např. virová hepatitida typu C. Jestliže si však jedinec aplikuje drogy nitrožilně po dlouhou dobu, nastává u něj kromě opakovaných místních a celkových infekcí nevratné poškození organismu. Mají narušenou imunitu, jsou podvyživení, poškozen je cévní systém i vnitřní orgány.

V případě, kdy jedinec onemocní závažnou somatickou chorobou, je cesta zpět ze závislosti do běžného, zdravého života (v rovině psychické) sice možná, avšak málo pravděpodobná. Ztrácí se motivace, proč tak činit. I když se závislý psychicky uzdraví, jeho nemoc nezmizí. I přesto však patrně existují případy, kdy „okamžik pravdy“, tedy podání informace závislému, že je nevléčitelně nemocný, může být právě tím podnětem, který iniciuje jeho snahu změnit alespoň to, co změnit lze, a možná i před svou smrtí úspěšně urovnat některé z osobních záležitostí.

2 DROGOVÁ ZÁVISLOST DLE TYPU DROGY

Závislost jako fenomén patrně nepřináší jedinci žádné nebo téměř žádné výhody (jako určitou výhodu můžeme chápat obecně existenci závislosti v životě jedince, a to v tom smyslu, že závislost je jednou z obranných mechanismů – nabízí únik od nepříjemné reality, a to únik do světa, který je aspoň po krátký čas příjemný a bezproblémový. Bezpochyby však existují jiné, vhodnější obranné mechanismy, které nám taktéž slouží k vyrovnaní se s tím, co lze jen těžko v každodenní realitě unášet).

V první kapitole práce jsme se zabývali obecnými charakteristikami závislosti. Ty jsou platné pro závislost bez ohledu na to, o jakou psychotropní látku se jedná. Zároveň však platí, že užívání různých typů drog vede k odlišným fyzickým symptomům a též se odlišně manifestuje v psychice jedince.

V následující kapitole se podrobněji zabýváme závislostí na vybraných drogách. Popsán je průběh závislosti i její dopad na život jedince, ať již v rovině somatické, nebo v rovině psychického prožívání. Nejvíce pozornosti věnujeme alkoholismu, neboť ten je v populaci ze všech typů závislosti na psychotropních látkách nejvíce zastoupen a stále je v české společnosti určitým způsobem bagatelizován, v důsledku vysoké tolerance této drogy českými občany.

2.1 Alkoholismus

Dle Kopecké (2015, s. 92) pochází slovo alkohol z arabského výrazu „*al-kahal*“, což znamená jemná substance. Ve skutečnosti však alkohol není jemným a šetrným k organismu člověka, a naopak je považován za tzv. tvrdou drogu. Nikoliv však z hlediska práva – jak uvádí Kalina (2008, s. 341), alkohol společně s nikotinem patří mezi drogy legální.

Je všeobecně známým faktem, že Češi patří v mezinárodním srovnání mezi největší konzumenty alkoholu. Alkohol je ve společnosti tolerován a na rodinných oslavách užívají alkohol nezřídka i poměrně malé děti, nebo jsou alespoň příbuznými nuceni vyzkoušet si, jak jim alkohol chutná či nechutná.⁷ Odpor dítěte k chuti alkoholického nápoje společnost pobaví a rozesměje. Tato situace však dle našeho názoru úsměvná není, navíc se jedná

⁷ Dle psychiatra Karla Nešpora by neměli děti a mladiství užívat alkohol ani výjimečně, např. na rodinných oslavách či oslavách Silvestra, neboť dle Nešpora z výzkumů vyplývá, že více pijí alkohol lidé, kterým rodiče v dětství nebránili alkohol ochutnávat, čímž jim nedávali dostatečně najevo, že je alkohol nebezpečný. Navíc užití alkoholu dětmi je nebezpečné i po zdravotní stránce, neboť děti se mohou snáze alkoholem otrávit i při požití jeho nízkých dávek (ČTK, 2008).

o trestný čin s ohledem na skutečnost, že je v platné legislativě zakázáno podávat alkohol nezletilým.

Alkohol bývá většinou užíván per os, tj. ústy.⁸ Alkohol je po požití rychle vstřebán biologickými membránami do trávicího traktu a tzv. hematoencefalickou bariérou prochází do mozku. Účinek alkoholu závisí nejen na požití dávce, ale také na dalších faktorech, k nimž patří např. tělesná hmotnost či situační faktory. Zatímco malé dávky alkoholu působí stimulačně, vyšší již mají funkci tlumivou. Zpočátku se tak jedinec ocitá v dobré náladě, až v euforii, postupně však nastupuje ztráta zábran, snížená sebekritičnost a později též únava a spánek (Kalina a kol., 2008, s. 341).

Popov (2003, s. 151) uvádí, že v MKN-10 se poruchy vyvolané nadměrným užíváním alkoholu dělí do dvou skupin. První tvoří poruchy způsobené přímým účinkem alkoholu na centrální nervový systém, a to bezprostředně v případě intoxikace alkoholem, nebo jako následek chronického abusu alkoholu. Druhou kategorií představují poruchy, které se projevují návykovým chováním a které mohou vyústit v závislost.

Raboch, Zvolský (201, s. 194-195) zmiňují v souvislosti s etiologií závislosti typologii Jellineka z roku 1940, která se užívá dodnes.⁹ Jellinek rozlišil následujících pět typů závislosti na alkoholu:

- **typ α :** jedná se o tzv. problémové pití, tedy abúzus alkoholu. Jedinec „pije“, aby potlačil napětí, dysforické nálady, úzkost nebo depresivní pocity. Často pije sám;
- **typ β :** u typu beta se jedná o příležitostný abúzus. Oproti předchozímu typu jedinec pije spíše ve společnosti. Tento druh abúzu často vede k somatickým poškozením;
- **typ γ :** někdy se pro typ gama užívá také označení „anglosaský typ“. Do této kategorie závislých patří lidé, kteří pijí převážně pivo či destiláty. S jejich častějším užíváním dochází k poruchám kontroly pití, narůstá tolerance vůči alkoholu, takže

⁸ Alkohol lze ale dle Justinové (n.d.) užít i injekčně. Účinek je podobný jako užití alkoholu nalačno, přičemž nástup účinku drogy může být rychlejší a jedinec se může cítit více opilý, než kdyby užil alkohol ústy. Zároveň však při tomto způsobu užití alkoholu hrozí dle autorky např. zánět žil, nebo si jedinec může zanést do těla infekce. Jak uvádí Petrášová (2013), alkohol však může být s pozitivním účinkem na zdraví jedince využit např. v medicíně. V roce 2013 byla J. Dresslerovi, pacientovi, který trpěl dušností, kterou neodstranila ani patřičná operace, vstříknuta injekce s 96% alkoholem přímo do srdce. Takto silný alkohol spálil zbytnělou srdeční přepážku a dušnost pacienta se upravila. Alkohol byl veden do těla malým otvorem ve stehně, a to přímo k srdci, cíleně na místo, kde přebytečná tkáň způsobovala pacientovi potíže s dýcháním. V daném místě vyvolal alkohol proces podobný alkoholu a tkáň odumřela.

⁹ Přední český odborník na závislosti a jejich léčbu Karel Nešpor (2011b, s. 154) je toho názoru, že Jellinekova typologie je již v současnosti překonaná, mimo jiné i kvůli svým nedostatkům. Dle autora Jellinekovo užívání slova alkoholismus je nepřesné, a ne vždy se váže ke skutečné závislosti na alkoholu. Navíc Jellinek tvrdil, že při alkoholismu typu gama je jedinec schopen abstinovat, pokud není schopen své pití ovládat, a u typu delta naopak jedinec není schopen abstinovat, i když je jeho sebekontrola zachovaná. Jak však autor zdůrazňuje, tato kontrola není spolehlivá ani u pijáků piva či vína.

dotyčný pije alkohol ve větším množství. Poškození bývá jak v rovině somatické, tak i v rovině psychické, psychická závislost je výrazná;

- **typ δ:** tento typ bývá dle autorů někdy označován jako typ „románský“, s preferencí vína jako užívaného alkoholu. Víno pije závislý každý nebo skoro každý den, čímž si udržuje svoji „hladinku“. Oproti typu γ nebývá většinou závislý opilý, neztrácí kontrolu nad svými aktivitami, závislost je spíše somatického rázu;
- **typ ε:** abúzus není pravidelný, ale pouze občasný, epizodický (někdy se užívá namísto odborného názvu dipsomanie termín kvartální pijáctví). V životě jedince se střídají období, kdy nepije, přičemž tato období mohou být i velmi dlouhá, s obdobími, kdy dotyčný pije i několik dní za sebou a užije velké množství alkoholu. Autoři dodávají, že tento typ se mezi závislými nevyskytuje často a někdy bývá provázen afektivními poruchami.

First, Tasman (2010, s. 154) uvádějí typologii Cloningera z roku 1981, který rozdělil závislé na alkoholu do dvou skupin, a to na typ A a typ B. Každý z těchto typů může být popsán v několika dimenzích, kterými jsou počátek vzniku problémového pití, tolerance vůči alkoholu, oblast emoční a osobnostní rysy. U typu A se objevuje problémové pití až po určité době, kdy jedinec alkohol užívá ve větší míře. Rychle se u něj objevuje tolerance vůči alkoholu. V souvislosti se svým pitím se cítí provinile, pociťuje úzkost. Co se týče osobnostních rysů, jsou u něj přítomny tři z dimenzí, které Cloninger popsal (blíže je uvádíme v podkapitole 3.2), a to nízká úroveň vyhledávání nového a vysoké skóre vyhýbání se nebezpečí a vysoké skóre závislosti na odměně. Oproti tomu lidé patřící k typu B mají problém s pitím již v jeho počátcích. Tolerance vůči alkoholu není oproti typu A nijak specifická. Chybí pocity viny či úzkost spojená s pitím. Co se týče osobnostních dimenzí, tyto závislí nejčastěji dosahují nízkého skóre závislosti na odměně, nízkého skóre v dimenzi vyhýbání se nebezpečí a vysokého skóre ve vyhledávání nového.

Toto dělení je z velké části konceptem teoretickým, ale do určité míry bývá zohledněno i při následné léčbě (této problematice se věnujeme ve čtvrté kapitole práce). Závislost má své příčiny a má-li být jedinec ze své závislosti vyléčen, je nutné co nejvíce porozumět tomu, jaké motivy, včetně motivů nevědomých, jej do závislosti přivedly.

Závislost se vyvíjí postupně a její průběh, jak je patrné např. z výše uvedené typologie Cloningera, bývá u závislých různý. V odborné literatuře je nejčastěji uváděn typický průběh, který lze vypožorovat v osobní historii mnoha alkoholiků. Fischer, Škoda (2009, s. 101-102) tyto fáze popisují následovně:

- **prealkoholické stádium:** jedinec si začíná uvědomovat, že pije jinak (více) než ostatní v jeho okolí, nebo než je běžné. Také pozoruje, že mu pití alkoholu přináší úlevu od problémů. I přesto, nebo právě proto, pije dál a víc;
- **prodromální stádium:** tato fáze bývá označována také jako varovná. Zvyšuje se tolerance vůči alkoholu, z pití se stává zvyk. Oslabuje se kontrola nad frekvencí pití a množstvím užitého alkoholu. Počínající závislý se začíná za své pití stydět, má výčitky svědomí. V této fázi se objevují tzv. „okénka“ (palimpsesty), tj. výpadky paměti způsobené nadměrným pitím alkoholu. V této fázi můžeme hovořit o škodlivém užívání;
- **kruciální stádium:** stádium bývá nazýváno také jako stádium rozhodné. Tolerance vůči alkoholu stále stoupá, stejně jako míra a intenzita pití. V důsledku této skutečnosti se jedinec dostává do četných konfliktů se svým okolím, ale nejen s ním, ale i se zákonem (může se dopouštět přestupků či trestných činů). I v této fázi se jedinec domnívá, že zcela hravě může s pitím skončit, pokud bude chtít – skutečnost je samozřejmě opačná. Pití dává jedinec přednost před činnostmi, kterým se věnoval předtím, než se na cestu do závislosti vydal – mimo jiné se stahuje i ze společenského kontaktu, včetně osob nejbližších. Namísto osob blízkých vyhledává společnost lidí, kteří také pijí, nebo užívají jiné psychotropní látky, neboť tito lidé mu nic nevyčítají a chovají se podobně. Již v této fázi se mění osobnost jedince, jeho hodnoty, zájmy;
- **terminální stádium:** jedná se o stádium konečné, odpovídající syndromu závislosti. Oproti předchozím stádiím se tolerance vůči alkoholu snižuje, tj. jedinec pije méně, ale dosahuje stejného efektu, jako když pil více. Konzumace je již nepřetržitá, včetně tzv. ranních doušků. Na organismu a osobnosti závislého se nadměrná konzumace alkoholu projevuje somatickými a psychickými symptomy. V této fázi jedinec pochopí, že s pitím nedokáže sám přestat. Mnohdy ani nemá důvod, proč by tak činil, protože svůj život značně destruoval – často ztratil práci, rozpadla se mu rodina, je vážně nemocný. Jak autoři uvádějí, pro jedince není možné či snadné existovat ani s alkoholem, ani bez něj.

Alkoholismus má devastující účinek na organismus závislého, i na jeho psychiku. V rovině somatické se můžeme setkat s poškozením gastrointestinálního traktu, zvyšuje se riziko vzniku jaterní cirhózy či rakoviny jater. Chronický abúzus může narušit i endokrinní systém. Časté jsou také avitaminózy, anémie, u mužů impotence. Alkoholičky, které otěhotní, ohrožují zdraví plodu (u dítěte se může později objevit růstová

deformace, postižen může být centrální nervový systém, objevují se i deformace v obličeji – soubor těchto příznaků se označuje jako **fetální alkoholový syndrom**; pokud jsou u dítěte přítomny „pouze“ poruchy chování a intelektu, hovoří se o fetálním alkoholovém efektu). Většina závislých na alkoholu také kouří, a tak se u nich objevují zdravotní potíže spojené s kouřením. Co se týče psychických komplikací, objevit se může patická ebrieta, Začíná krátce po požití malého množství alkoholu, a to dávky tak malé, že by u většiny lidí intoxikaci nevyvolala. Tento stav se projevuje kvalitativní poruchou vědomí, objevují se poruchy vnímání (halucinace) a myšlení (bludy), mění se i chování jedince, které je pro okolí nepochopitelné, neboť závislý se chová naprosto odlišně od své normy (velmi často je agresivní). Porucha trvá minuty až hodiny, poté jedinec upadá do spánku a na to, co v ebrietě činil, si nevzpomíná vůbec, nebo jen částečně. Při chronickém abúzu vznikají také alkoholické psychózy, k nimž patří alkoholická halucinóza (halucinace jsou přítomny neustále. Porucha se objevuje po deseti a více letech chronického užívání alkoholu, a to po snížení konzumace), alkoholická paranoidní psychóza a alkoholická demence. Kromě toho jsou u řady závislých přítomny deprese nebo úzkostné poruchy (Popov, 2003, s. 154).

Praško (2015, s. 138) upozorňuje, že závislost na alkoholu je spojena se suicidálním rizikem. Děje se tak často vlivem uvolnění zábran, zvýšenou impulzivitou, narušením rozhodovacích schopností, ale i v důsledku narušených osobních vztahů, k čemuž abúzus alkoholu nutně vede. Sebevražda se pak může jevit jako jediné východisko z neutěšeného a pro jedince zoufalého stavu. Alkohol však také bývá prostředkem, který dodá odvalu k realizaci sebevraždy u jedinců, kteří na něm závislí nejsou. Jak autor dále uvádí, celoživotní riziko dokonané sebevraždy činí u alkoholiků přibližně 7 %.

2.2 Nikotinismus

Podle Joppa (2014, s. 27) je účinek nikotinu velmi nebezpečný, neboť počínající kuřák nepocítuje žádnou závislost. Většinou si lidé, kteří zkusí svoji první cigaretu, myslí, že v žádném případě nemohou závislosti na nikotinu propadnout. Autor upozorňuje, že *„teprve s restrukturalizací mozku přináší cigareta uspokojení. A právě tato záludnost činí z nikotinu tvrdou drogu – ze všech drog, na kterých vzniká závislost, nejsilnější.“* „Tvrdost“ této drogy podle autora spočívá v rychlosti vzniku závislosti. Jak autor dále vysvětluje, přibližně 38 % osob, které začne kouřit, u kouření zůstává a asi 10-20 let jim kouření chutná. Oproti tomu na marihuaně se stává závislých asi 9 % osob, které tuto

drogu vyzkouší, na alkoholu 15 % jedinců a na heroinu 23 % všech, kteří s ním začnou experimentovat.

Nikotin podle Kaliny (2008, s. 364-365) zvyšuje bdělost, koncentraci a paměť. Potlačuje také podrážděnost a agresivitu. Snižuje chuť k jídlu a brání také nárůstu hmotnosti. Ke krátkodobým účinkům patří zvýšení sekrece slin, žaludečních šťáv a potu, srážení krve, bolest hlavy při předávkování apod. Při dlouhodobém užívání může vznikat chronický zánět plic, poruchy trávicího traktu, které se projevují nechutenstvím nebo průjmem, u mužů může být přítomna porucha potence, v obecné rovině dochází ke snížení soustředěnosti, neklidu a poruchám spánku. Zároveň však pravidelné kouření ničí koronární tepny, vznikají nádory plic a podle autora somatická onemocnění způsobená tabákem vedou přibližně s pravděpodobností 1:2 ke smrti uživatele.

V České republice kouří podle Králíkové (2003, s. 205) přibližně 30 % obyvatel starších 15 let, avšak v populaci vymezené věkem 15-18 let se jedná o 40-50 % těchto jedinců, a to i přesto, že počet kuřáků obecně v populaci podle autorky klesá, to o 10 % za období 10 let. Co se týče způsobu aplikace, nejčastěji se můžeme setkat s bezdýmým tabákem (tj. tabák je šňupán nebo je aplikován orálně) a s tabákem, který hoří (doutník, dýmka, cigareta).

Tyto údaje pocházejí z roku 2003. Sovinová, Csémy (2016) uvádějí aktuálnější údaje, a to ze šetření provedené v roce 2015 na vzorku 1 798 osob z České republiky, začleněných do výzkumu na základě kvótního výběru. Z výzkumu mimo jiné vyplynulo, že kouří necelá čtvrtina populace, přičemž muži kouří častěji než ženy (poměr byl 27 %: 21 %). Oproti předchozímu roku 2014 se jednalo o snížení o 6,2 %. I v této studii však bylo zjištěno, že mladiství kouří více než dospělí. Zatímco v průměru kouří v populaci 24,1 % obyvatel, u osob ve věku 15-24 let se jedná o 35,3 %. Nejméně kouří osoby starší 65 let (11,8 %). V průměru vykouří kuřák 14 cigaret denně, ale osoby ve věku 15-24 vykouří přibližně 28 cigaret každý den. Třetina kuřáků se v průběhu roku 2015 pokusila kouřit (ve výsledcích studie není uvedeno, s jakým výsledkem), přičemž nejčastěji se snaží s touto závislostí přestat lidé mladí, ve věku 15-24 let; s narůstajícím věkem tyto tendence klesají. Elektronické cigarety kouří pouze 2,3 % kuřáků (oproti roku 2014 nastal pokles – v roce 2014 kouřilo elektronickou cigaretu 3,9 % kuřáků), a i v této kategorii byla zjištěna nejvyšší četnost u mladistvých (elektronickou cigaretu kouřilo v roce 2015 přibližně 4,6 % jedinců ve věku 15-24 let).

Elektronické cigarety jsou fenoménem poslední doby. Jak však upozorňuje Müllerová (2014, s. 116), všechny formy užívání tabáku jsou zdraví škodlivé

(např. kouření vodní dýmky bývá považováno za bezpečnější, ale není tomu tak. Tabákové směsi bývají nižší kvality a díky nižší teplotě hoření vzniká kouřením více karcinogenních produktů). Elektronická cigareta podle autorky „obsahuje nikotin ve směsi aromatických esencí, který se spolu s nosným plynem (např. propylenglykol) odpařuje a simuluje tak „klasické“ kouření.“

Není tomu tak, že by elektronická cigareta vedla k odvykání kouření, právě naopak. Dle Müllerové (2014, s. 117) není tedy její užívány centry pro léčbu závislosti na tabáku doporučována a podle odborníků na závislosti naopak její užívání vede k prohlubování závislosti na tabáku (kuřáci se domnívají, že jim toto kouření neškodí, rituál spojený s kouřením tedy prohlubují, a právě tyto doprovodné jevy vedou ke vzniku a posilování závislosti na nikotinu). Autorka doplňuje, že v některých státech (např. v Austrálii či Hong Kongu) je elektronická cigareta dokonce zakázána. V České republice je prodej elektronických cigaret a jejich příslušenství regulován stejně jako prodej tabáku, tj. mimo jiné obchodník nemůže elektronickou cigaretu prodat nezletilému.

2.2 Závislost na konopí

Jak uvádí Miovský a kol. (2008, s. 285), *při vzájemném srovnání mají konopné drogy v celkovém indexu závažnosti závislostních charakteristik („závislostní potenciál“) nejbližše ke kofeinu a obě látky jsou zřetelně velmi vzdálené od ostatních návykových látek. S velkým odstupem jsou následovány nikotinem a až poté následuje alkohol a za ním heroin.“*

Účinnými látkami v konopí jsou tzv. cannabinoidy. Psychicky nejaktivnější látku v konopí představuje 8-trans-tetrahydrocannabinol a delta-9-trans-tetrahydrocannabinol (obecně je užívána zkratka THC). S těmito látkami se můžeme setkat v marihuaně i v hašiši. THC se váže na kanabinoidní receptory v mozku, na které se běžně váží endogenní látky s obdobným účinkem, tzv. anandamidy (tyto látky způsobují euforii a uvolnění). Pokud však jedinec různým způsobem přivádí do svého mozku THC, to vytěsňuje anandamidy z vazby na kanabinoidní receptory a pokud jedinec užívá THC dlouhodobě, dochází ke snižování jejich produkce. Kanabinoidy mají především psychotropní efekt, ale zároveň u nich byly v posledních letech zjištěny i další účinky, kvůli nimž jsou v současné době využívány (s patřičnou regulací) v medicíně. Konopí tlumí bolest, potlačuje nevolnosti a zvracení, a tak je od roku 1991 využíváno např. při léčbě nemocných s AIDS nebo při léčbě nádorových onemocnění. Potlačuje také negativní

vedlejší účinky některých léků a své využití mají např. i při léčbě roztroušené sklerózy, Parkinsonově chorobě nebo při silných migrénách¹⁰ (Miovský, 2003, s. 175).

Dle sdružení SANANIM (2007, s. 154) se v České republice vyskytuje marihuana na drogové scéně poměrně dlouho, ještě před rokem 1989. Odhaduje se, že s konopím mají zkušenost desítky dospívajících a mladých dospělých. Původně tato droga byla jen výjimečně objektem obchodování – uživatelé mezi sebou spíše volně distribuovali své vlastní výpěstky.

Kolem samotného užívání konopí, ať již se jedná o marihuanu, nebo hašiš, existují různé mýty. Hovoří se o tom, že konopí má afrodiziakální účinky, avšak opak je pravdou, resp. konopí působí odlišným způsobem na sexuální apetit a samotné sexuální chování. U mužů se sice zvyšuje sexuální touha, avšak snižuje se schopnost erekce. Podobně u žen je pozorován zvýšený sexuální apetit, avšak schopnost uspokojit jej je také snížena. Zároveň platí, že kvalita sexuálního zážitku se od běžného sexuálního styku liší. Problematický je i efekt užití této drogy. Účinek drogy stoupá pomalu a vrcholu dosahuje po 1-5 hodinách od jejího užití. V důsledku toho je uživatel ve zvýšeném riziku předávkování, neboť se netrpělivě „přikrmuje“. První příznaky konopí mohou být nepříjemné – patří k nim sevřenost a úzkost, je narušen kontakt s realitou, vyskytovat se mohou i poruchy krátkodobé paměti, případně halucinace. Po čase se však dostavuje euforie, blaženost a velmi často i neutišitelný smích. Celkový efekt se však nezřídka nese v duchu úzkostných, obsedantních či panických prožitků, výjimečné není ani agresivní chování. Z fyzických příznaků jsou přítomny sucho v ústech, zvýšená chuť k jídlu, zarudnutí očí (SANANIM, 2007, s. 155).

Laická i odborná veřejnost zastává odlišný názor na to, zda na konopí může či nemůže vznikat závislost. Dle Miovského a kol. (2008, s. 285-286) se konopí jako droga svým závislostním potenciálem¹¹ nejvíce blíží kofeinu a tento potenciál je mnohem nižší, než je tomu např. i nikotinu či kokainu. Konopí však návykový potenciál má. Malé

¹⁰ Konopí je v České republice dostupné na lékařský předpis od roku 2013. Vydáno může být v lékárně pouze na elektronický recept, a to ve vybraných lékárnách. Navýšeno bylo množství maximálního povoleného množství předepsaného na jeden recept na měsíc, a to z 30 g na 180 g. Léčba konopím je povolena Zákonem č. 50/2013 Sb., pro které se někdy užívá laický termín konopná novela. Léčba je možná pouze u vybraných nemocí, k nimž patří např. AIDS, Tourettův syndrom, roztroušená skleróza či v obecné rovině všude tam, kde pomáhá tlážit chronickou bolest (zejména se jedná o nádorové onemocnění). Doposud však této možnosti využilo asi jen 20 osob z celkového počtu 2-3 000, pro které by byla tato léčba vhodná (mimo jiné se jeví jako problematická vysoká cena, která činila 300 Kč za gram – cena by se však měla snížit, neboť od roku 2016 dodává lékařské konopí do českých lékáren nově český dodavatel namísto zahraničního. Zároveň některá sdružení požadují, aby bylo léčebné konopí hrazeno zdravotními pojišťovnami, což dosud není). Užití konopí k léčebným účelům má pochopitelně mnoho svých odpůrců (ČTK, 2016b).

¹¹ Při určování závislostního potenciálu (nebo též celkovém indexu závažnosti závislostních charakteristik) se posuzuje pět dimenzí, a to syndrom odnětí, nutkavost užít látku, rozvoj tolerance, celková závislost a vliv intoxikace (Miovský a kol., 2008, s. 285).

procento uživatelů této drogy je uživateli pravidelnými a mají potřebu užívat konopí i několikrát denně. Chronických uživatelů však celosvětově není příliš mnoho a závislost na konopí tak dle autorů nepředstavuje vážnější veřejně-zdravotní problém.

Jsme toho názoru, že bagatelizace užívání konopných drog, s níž se často setkáváme, není vhodná. To, že konopí nemá oproti jiným drogám vysoký závislostní potenciál ještě neznamena, že není drogou či že uživateli nemůže škodit. Jako problematická se také jeví kombinace konopí s jinými drogami.

Konopí je drogou. Po droze saháme v situacích, kdy nám není zcela dobře a potřebujeme uniknout z reality. Zdaří-li se tento únik, u mnohých jedinců může vést tato pozitivní zkušenost k tendenci zopakovat ji. Užívání drog obecně není vhodnou copingovou strategií, jak zvládat náročné okamžiky v našem životě. V tomto ohledu dle našeho názoru pak není podstatné, jak vysoký závislostní potenciál droga má, ale právě to, k čemu droga v životě jedince a jeho prožívání slouží.

2.3 Závislost na „tvrdých“ drogách

Doposud jsme se zabývali drogami, které jsou někdy označovány za drogy měkké. Je k nim řazen i nikotin, jehož závislostní potenciál, jak již bylo uváděno, je však poměrně vysoký, ale i alkohol, který je ve společnosti vysoce tolerován, a to i přesto, že jeho užívání má často velmi negativní dopad jak na život závislého, tak i na jeho nejbližší okolí a obecně společnost (léčba závislosti na alkoholu je drahá, z alkoholiků se často stávají osoby bez přístřeší, páchají trestnou činností apod.).

Existují však i drogy s vysokým závislostním potenciálem a tedy každý, kdo tyto látky vyzkouší, se vystavuje velkému riziku, že se závislosti na dané psychoaktivní látce jen velmi obtížně ubrání.

Ihned po heroinu je druhou nejnávykovější látkou **kokain** a co se týče psychické závislosti, dle Tomáše Zábranského z Centra adiktologie na Psychiatrické klinice 1. lékařské fakulty a Všeobecné fakultní nemocnice se jedná o drogu nejsilnější. Ještě nedávno jej užívali především lidé z vyšších společenských tříd, avšak s tím, jak jeho cena klesla přibližně na polovinu (zároveň se však zhoršila jeho kvalita), je kokain dostupný mnohem širší veřejnosti. Podle studie ESPAD užilo tuto drogu v roce 2007 více než 3,5 milionu Evropanů a v roce 2006 činil počet uživatelů kokainu (ať již pravidelných, nebo těch, kteří drogu užili pouze příležitostně) 4,5 milionu Evropanů. Obliba kokainu je spojena s jeho účinky – jak uvádí jeden z jeho uživatelů, který si říká Flipnic: „*Kokain je droga, která vám nafoukne ego jako balon...podívejte se jednou na barevnou televizi, a*

černobílá vám už nepřijde tak cool.“ Kokain vyvolává velkou euforii, vysoké sebevědomí (po dobu, kdy působí jeho účinky), vysokou sexuální výkonnost po jeho užití, vyvolává pocit sounáležitosti. To je také dle Ivana Doudy z centra Drop-in jeden z důvodů, proč se pomocí užívání kokainu snaží někteří jedinci sami vyléčit z deprese a podobných stavů. Po jeho užití však dle Doudy vzniká depresivní dojezd, který se uživatel snaží přebít např. diazepamem, který ovšem naruší spánkový cyklus a pak je nutné začít užívat léky na poruchu spánku. Problematická je též snížená kontrola – člověk si přestává být vědom toho, jak vlastně jedná (mění se, stává se agresivnějším). Ještě větší problém vyplývá ze skutečnosti, že uživatel nikdy neví, jakou látku si vlastně aplikuje – kokain se ředí, a to např. lokálním anestetikem mezokainem, nebo i práškovým práškem či do něj může být přidán např. i jed strichnin. Opakem je silná dávka kokainu, jejíž užití může být pro člověka smrtelné (smrt však hrozí každému uživateli, neboť se zrychluje srdeční činnost, hrozí tak infarkt apod.). Fyzická závislost je dána účinky kokainu na mozkovou činnost¹² – mozek si po jednom jediném užití pamatuje již navždy „kokainové libosti“. (Šmíd, 2008).

U kokainu, který se řadí mezi stimulancia, se hovoří především o psychické závislosti. Ta však vede k potřebě užívat kokain opakovaně, přičemž dopad tohoto užití na organismus je velmi nebezpečný. Účinek látky nastupuje velmi rychle a mizí přibližně po 30 minutách. Stav po požití připomíná hypomanii. První pocity při užití kokainu mohou být nepříjemné (patří k nim např. srdeční slabost, třes rukou), při opakovaném užívání se objevuje euforie. Kokain je též silným anorektikem, tj. jedinec mnohdy trpí podvýživou, je velmi hubený (je to také důvod, proč je kokain oblíbený mezi modelkami, herečkami apod.). Vystupňovaný sexuální pud vede k nymfomanickému chování u žen (apetit roste i mužů, avšak podobně jako u konopí klesá potence). Objevovat se mohou halucinace a též toxická psychóza, kterou bývá obtížné odlišit od projevů schizofrenie. Odvykáací syndrom probíhá v několika fázích – na počátku se dostavuje únava, často i spánek po dobu několika dní. Dostavuje se také deprese a jedinec může mít sebevražedné tendence. Později však tyto stavy pominou a jedinec zažívá silnou touhu po droze, dochází tedy k relapsům. Pokud však jedinec vytrvá, nastupuje fáze třetí, v níž jsou již příznaky mírnější, odeznívají deprese a oslabuje se též touha po užití kokainu. Podpůrná léčba není nutná a často ani není vhodná, případně může závislý užívat antidepresiva (Minařík, 2003, s. 165-166).

Do stejné skupiny návykových látek, tj. mezi stimulancia, patří i **pervitin**, který je v Česku nejužívanější tvrdou drogou. Dle Bohdala (2013) sociální okolí závislého

¹² Na základě testů na zvířatech bylo zjištěno, že již několik hodin po užití kokainu se mění struktura mozku, což může být nezřídka prvním krokem do závislosti. V mozku doslova začínají růst nové struktury spojené s učením a pamětí a organismus pak drogu dále potřebuje a vyhledává její užití (EuroZpravy.cz/ČTK, 2013).

dříve či později pozná, že se s jejich blízkým něco děje a začne mít podezření na závislost na psychoaktivní látce. U závislého se mění životní styl, dokáže být velmi aktivní i několik desítek hodin nepřetržitě, přičemž toto období je střídáno obdobím únavy. Tak, jak se mění hladina látky v těle, mění se i nálady závislého. Dotyčný náhle upadá do deprese, nebo se naopak bez příčiny stává agresivním. Bývá zmatený, nespí, rozvíjet se může psychóza. V důsledku nitrožilní aplikace může onemocnět žloutenkou či AIDS. Závislý se začíná jinak oblékat, zanedbává povinnosti. Objevovat se mohou krádeže či jiné delikty, neboť je nutné získat finanční prostředky na drogu – zvyšuje se tolerance a původní dávka již závislému nestačí. Nezřídka se stává, že jedinec sám začne drogu distribuovat, nebo vyrábět, ženy mohou začít prostituovat.

Na webových stránkách drogy.cz (n.d.) se můžeme dočíst o jednotlivých stavech, které užívání pervitinu přináší. První bývá nazýván jako nájezd. Ať již je pervitin užit orálně, šňupán, kouřen nebo aplikován injekčně, jedinec prožívá zrychlení srdeční činnosti a metabolismu. Pervitinový nájezd může trvat podobně až 30 minut. Následuje úlet, nebo též výsmah: jedinec může být hádavý, nebo naopak hodně mluví, hádá se s jinými lidmi, skáče jim do řeči apod. Zároveň může i mnoho hodin provádět nějakou z rutinních činností, jako např. mytí oken. Fáze úletu trvá přibližně 4-16 hodin. V případě, že je pervitin (nebo i jiná droga) užíván bez přestávky delší dobu, a to i 15 dní, hovoříme o tahu (nebo též delším mejdanu, pařbě). Jedinec, který pervitin užil, bývá velmi aktivní, a to jak po fyzické, tak i po psychické stránce. Pokaždé, když užije další dávku, zažívá prvotní nájezd, ale později již neprožívá ani nájezd, ani úlet. Následuje dojezd, kdy pervitin nepřináší uživateli efekt, pro který dotyčný pervitin vyhledal. Objevuje se svědění kůže, včetně přesvědčení (halucinace), že pod kůží má jedinec brouky. Jedinec se ocitá v psychotickém stavu, ve vlastním světě. Vidí a slyší to, co jiný nemůže, neboť není ve skutečné realitě. Halucinace jsou velmi živé a nezřídka je jedinec nebezpečný sobě nebo svému okolí. Pokud jedinec užil drogu na tahu, nastává dříve či později zhroucení. Tělo selže, neboť již nezvládá nápor, který droga přináší. Spánek je dlouhodobý a uživatel se jeví téměř jako bez známek života. Toto zhroucení může trvat 1-3 dny. Po zhroucení se objevuje pervitinové vyčerpání a psychóza. Člověk je naprosto fyzicky zničený – vyhladovělý, dehydrovaný, fyzicky i emocionálně zcela vyčerpaný. Toto stádium trvá 2-14 dny a hraje významnou roli při rozvoji závislosti, neboť daný stav je natolik nepříjemný a nelze jej unést, že dotyčný užije další dávku. Abstinenční příznaky se mohou objevit až po 30-90 dnech. Jedinec je deprimovaný, nepocítuje radost, chybí mu energie. I v této fázi se

objevují touhu znovu látku užít, ale i suicidální tendence. Tato fáze je velmi bolestivá a dle tohoto zdroje se 93 % léčených tradičními metodami znovu k pervitinu vrátí.

Vzhledem k tomu, že je pervitin vysoce návykový, velmi brzy se objevuje u uživatele tolerance vůči dané látce. Stává se tedy, že hledá látku silnější a volí některou z látek patřících mezi opiáty (nejčastěji se jedná o **heroin**).

Opiáty působí opačně než stimulancia, tedy mají tlumivý účinek na centrální nervovou soustavu. Chronické užívání heroínu má negativní dopad na osobnost závislého, zejména na jeho charakter. Osobnost degraduje: „závislý je líný, bez vůle, ztrácí libido a potenci, může být depresivní, pravidlem bývají děsivé pseudohalucinace při usínání. Časté jsou nespavost, únava a podrážděnost střídající se s apatií. Nezdravá životospráva vede k celkovému vyčerpání organismu a ke kachechii (chorobné celkové sešlosti z podvýživy). Často dochází k infekcím, které souvisejí s oslabením imunitního systému a s nesterilní injekční aplikací drogy. Koloběh oparování drogy a výše uvedené poruchy mohou vést k sebevraždě.“ (SANANIN, 2007, s. 171-172).

3 OSOBNOST ZÁVISLÉHO

V přechozích kapitolách jsme se zabývali tím, co je to závislost, jaké formy může nabývat a na jakých psychotropních látkách může být jedinec závislý. Zatímco mechanismus závislosti a účinek jednotlivých drog na somatickou či psychickou stránku jedince jsou poměrně dobře známy, stále jsme jen velmi málo zpraveni o tom, čím to je, že jedinec upadne do závislosti. Pokud např. rodiče zjistí, že je jejich dítě závislé na droze, primárně se ptají, jak je to možné. Nerozumí tomu, jak může být jejich dítě závislé, když jej vychovávali s láskou a péčí a rodina je z vnějšího pohledu, ale i jejich vnitřního prožívání, plně funkční.

Skutečností zůstává, že závislé na droze mohou být i děti z velmi dobrých rodin. Byly popsány dílčí faktory, které k závislosti vedou. Samotná závislost je pak chápána jako výslednice spolupůsobení těchto vnějších a vnitřních podmínek. Pokud jedinec upadne do závislosti, v psychoterapii se hledají příčiny vzniku této nemoci. Jedná se o detektivní činnost, která nebývá vždy zakončena úspěšným odhalením. Stále tak není možné predikovat, zda se z určitého jedince stane člověk závislý na droze či nikoliv.

V následující kapitole se stručně zabýváme tím, jaké faktory se na drogové závislosti podílejí. Pozornost je kromě vlivů genetických věnována především vnitřním, osobnostním dispozicím, a též vnějším okolnostem, k nimž patří především rodinné působení a faktory situační.

3.1 Genetické vlivy a biologické predispozice

Jak uvádějí Hosák, Hrdlička, Libiger a kol. (2015, s. 145), „*biologickou bází dispozice k opakovanému užívání psychoaktivních látek a vzniku závislosti jsou subklinické abnormality v aktivitě mozkových struktur regulujících emoční projevy a odpověď na psychoaktivní látky.*“ Tyto abnormality mohou být různé, a to i napříč lidskými rasami. V asijské populaci se tak můžeme setkat s méně účinnou degradací alkoholu v organismu, což vede k nepříjemným psychickým i tělesným prožitkům po požití alkoholu. Tuto genetickou zvláštnost však můžeme považovat za výhodu, neboť právě tyto prožitky slouží jako ochrana před vznikem závislosti.

Dle Fischera, Škody (2009, s. 95-96) vedou k závislosti různé biologické a sociální faktory. Stále se však nepodařilo přesněji určit, jaké specifické geny mohou mít na vznik závislosti vliv. Je ale jisté, že biologická podstata člověka není hlavní, resp. jedinou

příčinou závislostního chování. Jak autoři dále uvádějí, doposud bylo této oblasti věnováno nejvíce pozornosti v souvislosti s alkoholismem. Autoři vycházejí ze studie Carmelli a kol., v níž bylo při zkoumání dvojčat zjištěno, že dědičné predispozice k alkoholové závislosti má v populaci přibližně 51-65 % žen a 48-73 % mužů. Předpokládá se, že určitou roli hrají geny kontrolující v mozku receptory pro příjemný pocit. Dle autorů většina osob, které se potýká se závislostí na alkoholu, má defektní formu tohoto genu. Chybí jim tedy „receptory pro radost“ a pití je způsob, jak radost do svého života vnést. Zároveň se hovoří o tom, že na vznik závislosti mohou mít vliv i různé fyziologické reakce – někteří lidé odbourávají alkohol poměrně snadno, nepocítují kocovinu, a tedy chybí jim jeden z důležitých důvodů, proč nepít.

Mezi vrozené dispozice jsou také řazeny temperamentové zvláštnosti, jako např. vzrušivost, rozdíly v aktivitě, v reakcích na změny v okolí (Jeřábek, 2008, s. 57).

Dle Šerého (2007, s. 4) je zřejmé, že alkoholismus, ale i jiné látkové (pravděpodobně i nelátkové) závislosti jsou dědičné, avšak nikoliv pouze jedním genem. Nepředpokládá se ani, že by těchto genů bylo větší množství a dle autora tak těchto genů pravděpodobně neexistuje více než deset.

3.2 Osobnostní rysy

Hosák, Hrdlička, Libiger a kol. (2015, s. 144) upozorňují, že nebyl identifikován ucelený soubor osobních vlastností a rysů, na jehož základě by bylo možné predikovat budoucí závislost jedince na psychoaktivní látce. Zároveň však autoři uvádějí, že existují vlastnosti, které jedince predisponují k experimentování s drogami a též k pokračování v jejich užívání, na základě čehož se dá u jedince hovořit o zvýšeném riziku vzniku závislosti.

Můžeme předpokládat, že žádná kombinace faktorů vedoucích s jistotou k závislosti nebude objevena ani v budoucnosti. Každý člověk je jedinečným unikátem. Navíc lidé nejsou stroje. I přesto, že u jedince můžeme určit např. jeho strukturu osobnosti, popsat jeho charakter, vlastnosti a rysy, i přesto, že se dotyčný chová v některých situacích stejně nebo velmi podobně, nikdy nemůžeme s jistotou tvrdit, jak v určité situaci, byť pro něj obvyklé a známé, bude jednat v budoucnosti. Naše přání a potřeby se mění i v závislosti na vnějších proměnných a nezřídka býváme svědkem toho, že se člověk, kterého velmi dobře známe, zachová v některém z okamžiků svého života zcela neobvykle.

Zároveň v nás výše uvedené tvrzení může vyvolávat nejistotu či smutek vyplývající z toho, že „osud“ jedince je již zpečetěn při jeho narození, resp. v momentu spojení

zárodečných buněk. I v tomto ohledu však můžeme zůstat optimisty. Je na každém z nás, jakou „hru“ s „kartami“, které námi byly rozdány, budeme ve svém životě hrát, tj. jaký postoj každý z nás zaujme k vlastním charakteristikám, které jsme po rodičích zdědili, případně které v nás jejich výchovou byly zformovány.

K vlastnostem, které dle Hosáka, Hrdličky, Libigera (2015, s. 144) predisponují jedince k rizikovému chování ve vztahu k návykovým látkám, patří především tendence k impulzivnímu chování, nízká frustrační tolerance, dráždivost či vzrušivost, ale též emoční nezralost, nejistota, slabá vůle a nízká sebedisciplina. Autoři také uvádějí typologii Cloningera z roku 1987, dle kterého je možné rozlišit čtyři temperamentové dimenze osobnosti, z nichž některé vedou k rozvoji závislosti, resp. vzniku a rozvoji závislosti. Tyto dimenze jsou následující:

- vyhledávání nového: jedná se o osobnosti, které rády zkoumají nové jevy, jsou impulzivní, nestálí, nedisciplinovaní a nebojí se riskovat. Tito lidé mají i zvýšenou potřebu zneužívat návykové látky;
- vyhýbání se nebezpečí: tito lidé jsou opakem výše uvedeného typu jedince riskujícího. Lidé, kteří se vyhýbají nebezpečí, jsou velmi opatrní, mnohdy raději pasivní, předvídají budoucí problémy a snaží se jim vyhnout;
- závislost na odměně: lidé závislí na odměně jsou vysoce citliví vůči sociálním podnětům. Ve vztazích jsou vřelí, rádi pomáhají. Na pomáhání druhých mohou být i závislí – je pro ně významné ocenění druhých;
- odolnost: lidé s vysokým skóre odolnosti jsou pečliví, svědomití, pilní, pracovití a ambiciózní, lenost a nedbalost se u nich téměř nevyskytuje.

Dle Cloningera (1978, cit. dle Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015, s. 144) propadají závislosti nejčastěji lidé vyhledávající něco jiného, u nichž se zároveň vyskytuje tendence k vyhýbání nebezpečí, neboť drogy pro ně nebezpečí nepředstavují a taktéž je u nich přítomna nízká závislost na sociální odměně a nízká odolnost.

U lidí, které bychom mohli zařadit do první z výše uvedených dimenzí, se předpokládá, že drogy pro ně budou přitažlivé a riziko závislosti tak u nich bude vysoké. Jejich impulzivita a nízká sebekontrola snižují touhu vyzkoušet něco nového, neboť zážitek, zejména zážitek příjemný, je pro ně prioritou. Je však zřejmé, že závislími na droze se mohou stát i lidé s jinými temperamentovými charakteristikami. U jedinců závislých na sociální odměně bývá sebevědomí nízké, potřebují si jej zvyšovat přijetím druhými lidmi. Ne vždy však může být tato jejich potřeba nasycena. Drogy pak mohou být snadným únikem z jejich nezdarů, zejména kompenzuje-li zážitek spojený s užitím drogy

jejich aktuální depresivní ladění. Tito lidé, podobně jako lidé odolní, mohou být také vyčerpáni svojí neustálou sebestylizací se do role jedince obětavého a nápomocného (v případě lidí odolných může dojít k vyčerpání sil nutných k udržení řádu v jejich životě). Když v našem životě přestanou být funkční obranné mechanismy, přicházejí na řadu pudy a nevědomá přání.

Röhr (2015, s. 72-73) upozorňuje na skutečnost, že mezi osobami závislými, kteří se ze své závislosti léčí, je nejvíce osob, u nichž hovoříme o tzv. **závislostní struktuře osobnosti**.¹³ K jejím hlavním rysům patří dle autora následující:

- přehnaná ochota přizpůsobovat se;
- jedinec se nechá snadno vykořisťovat někým druhým, neumí říkat ne;
- život v roli oběti (často jsou tito lidé obětí šikany či mobbingu);
- jedinec žije s partnerem, který je dominantní;
- neschopnost konstruktivně řešit spory, neschopnost vhodně zpracovat negativní emoce – tito lidé „polykají“ hněv;
- špatné snášení samoty;
- citlivost až urážlivost;
- jedná se o jedince, kteří nemají v životě žádné důležité cíle;
- pasivita: jedinec vykoná to, co se mu řekne, čeká, co se mu řekne, že má dělat;
- prožívání úzkosti;
- závislost na pochvale – např. od nadřízeného;
- vysoká schopnost vcit'ování se do druhých;
- neschopnost rozumět vlastním potřebám.

Výše uvedený výčet rysů je samozřejmě nutné chápat jako ilustrativní. Jedná-li se o závislou osobnost, a to ve smyslu struktury osobnosti, můžeme předpokládat, že dané rysy se u jedince budou vyskytovat ve vyšší míře, nebo budou u dotyčného častěji zastoupeny. Ne všichni, kdo ve svém životě sledují cestu do závislosti, mají však tuto strukturu osobnosti a pokud ano, patrně mezi těmito lidmi najdeme i osobnosti dominantní, které nemají problém říkat „ne“, kteří mají jasné cíle, za kterými jdou. Podobně jako Röhr se však domníváme, že tito lidé (tj. závislí lidé) jsou vnitřně slabí. Jestliže nám v životě chybí pevná životní ukotvenost, kterou bychom měli nalézt sami v sobě, máme potřebu upnout se k někomu druhému, podobně jako se dítě upíná ke svému primárnímu

¹³ Pro podobné směřování jedince, nikoliv však v pojetí struktury osobnosti, se užívá v odborné literatuře též termínu kodependence. Ta je definována jako ztráta sebehodnoty. Jedná se o naučené chování, v němž je jedinec zaměřen nikoliv na své vlastní potřeby, ale na potřeby druhých (Kurle, 2003b, s. 109).

pečovateli. Není-li někdo takový v našem okolí k dispozici, pak droga tuto potřebu může uspokojit, neboť přináší jedinci to, o hledá v blízkém vztahu – jistotu, bezpečí, pocity slasti, prožitky radosti. Při drogovém opojení alespoň na chvíli člověk může zapomenout na své starosti a cítí se dobře (resp. tyto prožitky od užití drogy očekáváme a velmi často se nám jich alespoň při prvním užití drogy dostane).

Zároveň je nutné zdůraznit, že ne každý jedinec, který je vnitřně slabý (závislý), se takto i navenek prezentuje. Slabost, strach a nejistotu můžeme tušit za každým agresivním chováním, pakliže se nejedná např. o ochranu vlastní osoby při napadení a agrese je tak v daném případě způsobem řešení této situace. Tím, že člověk navenek manifestuje svoji sílu, si zároveň zajišťuje to, že k němu takto budou druzí přistupovat – jeho slabost tak zůstane vnějším pozorovatelům skryta.

3.2 Vliv rodinného prostředí na predispozici osobnosti ke vzniku závislosti

Dle Röhra (2015, s. 73) nacházíme v osobní historii těchto jedinců zneužívání v rodině, přičemž většinou se nejedná o zneužívání sexuální, ale psychické. Tito lidé byli zneužíváni svými rodiči k jejich vlastnímu prospěchu, nezdá se, že by někdy nahrazovali některému z rodičů partnera. Dle autora se tak u nich vyvinula role oběti. Teprve až později, nikoliv v dětském věku, se učili užívat „ostré lokty“. Učili se, že mají svoji vlastní hodnotu pouze v případě, když jsou takoví, jací je druzí chtějí mít. Svoji vnitřní zlost z toho, že je druzí nedostatečně akceptují, tak tito lidé mnohdy dle autora vytěsnil.

Návyková látka pak umožňuje těmto lidem vyrovnávat své vnitřní deficity. Jsou plni úzkostí a strachu. „*Alkohol splachuje frustraci...v první fázi působí návyková látka anxiolyticky (rozpuští úzkost) a uklidňuje. Někdy je možné odvážit se (např. pomocí alkoholu) k věci, na které by si člověk bez návykové látky netroufl. Neschopnost uspokojovat vlastní potřeby způsobuje frustraci, pocit nesmyslnosti života, hněv a závistivost. Ale také tyto pocity člověk otupuje návykovou látkou. V takovém případě je návyková látka náhradou za ušlé uspokojení.*“ (Röhr, 2015, s. 74)

Toto pojetí je jedním z možných. V odborné literatuře nacházíme různé teorie vysvětlující, jak vnější prostředí přispívá k rozvoji závislosti u jedince.

Často dle Jeřábka (2008, s. 108) hraje roli na vzniku závislosti **nefunkční rodina**. Může se jednat o dva odlišné póly vztahování se k dítěti. Na jedné straně jsou rodiče příliš nedůslední, nejvíce o dítě velký zájem, chovají se k němu až hostilně (tj. jednají tak, jak

výše uvádíme pojetí Röhra), zároveň však jsou v některých situacích též příliš protektivní, autoritativní a dominantní.

Na závislost je též nahlíženo nikoliv jako na selhání celé rodiny, ale jako na selhání primárního pečovatele. Z tohoto pohledu stojí v centru zájmu badatelů především primární pečovatel, tedy nejčastěji matka. K tomuto pečovateli si dítě vytváří citovou vazbu – je k ní puze vnitřně, neboť je takto naprogramováno. Hovoříme o tzv. attachmentu, který je chápán jako *„vrozený systém v mozku, který se vyvíjí způsobem ovlivňujícím a organizujícím motivační, emoční a paměťové procesy ve vztahu k významným pečujícím osobám...je podkladem prvních vztahů, které umožňují nezralé psychice dítěte využívat kapacitu a funkce vyvinutějšího mozku a psychiky rodiče ke zvládnání jeho vlastních procesů.“* Úkolem matky je pomáhat dítěti vyrovnávat se s tím, co je pro něj nepřijatelné a nemožné zvládnout, vzhledem k jeho nedostatečné psychické integritě a též nedostatečně rozvinutým mentálním strukturám. Dítě ve vztahu s matkou, kterou vnímá původně jako součást sama sebe, vytváří vlastní Self, jímž se později vymezuje od druhých lidí. Vytváří si tak vztah k sama sobě. Tento vztah může být silný a bezpečný pouze za předpokladu, že takový vztah vytváří ve vnějším světě matka k dítěti. Attachment tak může být bezpečný, ale i nejistý nebo vyhýbavý, případně dezorganizovaný. Zažívalo-li dítě bezpečný attachment, je v dospělosti schopné unášet emočně náročné situace. Nebylo-li tomu tak, jedinci pomáhá droga tyto situace překonat a vyrovnávat se s úzkostí a vnitřními konflikty, kterými je jedinec po celý svůj život sužován (Kalina, 2015, s. 185).

V dřívějších pojetích psychoanalýzy, tj. např. v pracích Freuda či Kohuta, je závislost na psychotropních látek chápána v kontextu narcistické poruchy osobnosti. Závislost je spojena se slastí a libými prožitky. Pakliže jedinec není schopen těchto prožitků dosahovat ve vnějších, objektních vztazích, obrací se k sobě samému (Kalina, 2015, s. 182).

Byť se může jevit, že tyto koncepce jsou odlišné, jedno mají společné. Zdůrazňují, že závislost je jevem vztahovým – ve vztahu (zejména ve vztahu s primárním pečovatelem) vzniká a rozvíjí se a na vztah (tj. na vztah partnerský, realizovaný v dospělosti a do určité míry nahrazující vztah dítěte s matkou) též velmi silně působí. Platí též, že z etiologie závislosti, jejích příčin, je vhodné vycházet při případné léčbě závislosti. Bez ohledu na to, ke které teorii se kloníme, vždy je nutné v psychoterapii pátrat, jaké události vedly k závislostnímu chování.

3.3 Vnější okolnosti jako spouštěče drogové závislosti

Kromě genetických vlivů a osobních dispozic, včetně působení rodinného prostředí na jejich rozvoj, hraje při vzniku závislosti roli též vnější, sociální prostředí.

Závislostní chování není jen záležitostí osob dospělých, ale se závislostí se setkáváme, a to velmi často, též u dětí, resp. především u adolescentů. Jak upozorňuje Jeřábek (2008, s. 60), v tomto případě mají na vznik závislosti velký vliv vrstevníci. V tomto vývojovém období, které je charakterizováno mimo jiné formování identity jedince, pozbývají na významu v životě dospívajícího rodiče a na jejich místo vstupují vrstevníci. Může se jednat o spolužáky, ale též členy různých part, včetně subkultur, k nimž dospívající patří, nebo chtějí patřit (hovoříme o tzv. referenčních skupinách). Jak autor dále uvádí, ve studii Segala a Stewarda z roku 1996 bylo zjištěno, že adolescenti přistupují k psychotropním látkám pozitivně a k hlavní příčinám užívání alkoholu ve výzkumném souboru tvořeném adolescenty patřil kontakt s přáteli, zmírnění napětí a úzkosti, a to zejména v přítomnosti opačného pohlaví, a dále dodání odvahy a zmírnění nudy.

U adolescentů se v souvislosti s užíváním drog hovoří o stadiu experimentování. To, že se jedná o experimentování, má i svoji pozitivní stránku – znamená to, že tyto jedince je možné relativně dobře ovlivnit, tedy působit na ně tak, aby se u nich závislost nerozvinula, a to ani v adolescenci, ani ve věku pozdějším (resp. je možné takto působit. Samotný vznik závislosti je vždy více či méně vědomým aktem samotného jedince). Zároveň však právě v tomto věku existuje velké nebezpečí, že jedinec do závislosti upadne, přičemž platí, že čím dříve dítě či dospívající s drogami začne, tím vyšší je i riziko vzniku závislosti. Přestože je tento věk spojován s experimentováním, neznamená to, že drogy v daném období vyzkouší každý teenager. Většinou se jedná o jedince, u kterých se vyskytují i jiné formy rizikového chování (např. záškoláctví), ale nezřídka se také u těchto mladistvých vyskytuje porucha osobnosti (Mahdálíčková, 2014, s. 20).

Za významný spouštěč závislostního chování je považována expozice dítěte závislostnímu chování některého ze svých rodičů, případně obou z nich. Je také možné, že v takovém případě, pakliže se u dítěte v dospělosti závislost rozvine, dochází ke kombinaci faktorů genetických a vnějších. Závislost se tak stává rodinnou zátěží, předávanou z generace na generaci.

Bernardová (2011, s. 100-110) na vzorku 36 dětí zkoumala, jaký dopad na ně měla skutečnost, že některý z jejich rodičů (nebo oba dva) byli závislí, čemu byly tyto děti vystaveny. Z rozhovorů vyplývá, že dítě v takovém případě vyrůstá ve velké nejistotě.

Doma bývá velký ruch, chodí návštěvy, s nimiž rodiče často drogy užívají – a děti toho bývají nezřídka svědkem. Peníze jsou investovány především do drog, a tak již nezbývají na základní položky, k nimž patří jídlo, platba energií či nákup ošacení. V důsledku dluhů se takové rodiny často stěhují. Nezřídka jsou děti rodičům odebrány – v lepším případě pak končí u příbuzných, v horším případě např. v dětském domově. To, co dle autorky tyto děti unášely nejhůře, byl prožitek, že nefigurovaly v životě svých rodičů na prvním místě – toto místo bylo obsazeno drogou.

Nakken (1996, s. 108-109) v souvislosti s tím uvádí, že v případě, kdy dítě vyrůstá v rodině závislého, dostává se do začarovaného kruhu. Volit může mezi dvěma možnostmi – stane se také závislým, nebo se naopak rozhodne pro abstinenci. Druhá volba, zdánlivě lepší, však podle autora nemůže být nikdy výhrou. Jedná se pouze o iluzi, že jedinec má svoji případnou závislost pod kontrolou. Dle autora není nikdy možné, aby se dítě z tohoto vzorce vymanilo, neboť během svého vývoje přejímalo od rodičů vzorce chování, hodnoty, postoje apod., jichž se nemůže nikdy vzdát.

S tímto tvrzením částečně nesouhlasíme. Lze přijmout tezi, že dítě vyhrát nemůže. Dítě, které zažívalo, jak jeho rodič selhává, se může pokusit stát se někým jiným, s protikladnými rysy a chováním, než měl závislý rodič. Determinováno je však v této snaze vším, co nevědomě od tohoto rodiče přejímalo. Je ve svém vývoji limitováno, neboť toto působení závislého rodiče na dítě bylo natolik silné, že neumožňovalo dítěti rozvíjet např. jiné copingové strategie. Muselo být poslušné, muselo rodinné tajemství skrývat, a tedy toto dítě muselo již od velmi útlého věku potlačovat svoji osobnost. Jsme však toho názoru, že v dospělém věku, třeba v rámci terapie, je možné nahlédnout na své vlastní limity, nevědomé motivy, nevědomé mechanismy, které ovlivňují konkrétní chování dítěte. Zvědoměním si nevědomého pak lze mít kontrolu nad těmito motivy a domníváme se tedy, že tímto způsobem lze vyhrát nad vlastní potenciální závislostí.

S drogami člověk často začíná až v dospělém věku. Nejčastěji stojí dle Mahdalíčkové (2014, s. 29) v pozadí přání uniknout od bolesti, a to jak od bolesti fyzické, tak i od bolesti psychické. Může se však také jednat o přání zažívat radost, a to větší, než jaká je jedinci v běžné realitě dostupná. Autorka je toho názoru, že spouštěčem může být i prožívaná krize hodnot.

Skála (1996, s. 12) uvádí, že roli hraje i nejbližší sociální prostředí. Autor zmiňuje tzv. „pijácké party“ na pracovištích. Tyto skupiny vyvíjejí na další kolegy ve firmě sociální tlak, kterému je obtížné odolat (zejména proto, že je pro jedince žádoucí být na pracovišti přijímán, být oblíben, být součástí týmu). Tomuto tlaku jsou nejčastěji vystaveni noví

přichází do firmy. Jestliže je jedinec predisponován k závislosti, nastoupí-li do takové firmy, ocitá se ve velkém ohrožení, že se u něj závislost, k níž má dispozice, poměrně rychle rozvine.

4 PREVENCE A LÉČBA

Doposud jsme se zabývali bližším popisem problematiky drogové závislosti. Mnohdy je velmi snadné upadnout do závislosti, zejména je-li k ní jedinec predisponovaný. Vystoupit ze závislosti však bývá obtížnější, a ne vždy úspěšné.

Vždy je tedy vhodnější věnovat pozornost především prevenci než léčit následky drogové závislosti, které mívají dramatický dopad nejen na život závislého, ale i na život nejbližších osob závislého.

V této kapitole se nejprve zabýváme účinností prevence. Kromě vymezení jejích forem uvádíme hlavní znaky, které by preventivní programy měly mít, aby přinášely žádoucí výsledek. Nejvíce pozornosti je však věnováno léčbě drogové závislosti. V závěru kapitoly se detailněji zabýváme možnostmi úzdravy ze závislosti a uvádíme prvky, které odborníci považují za klíčové, má-li se závislému podařit začít žít život nový, bez strastí, které drogová závislost jedinci přináší.

4.1 Prevence drogové závislosti

Prevence drogové závislosti probíhá na třech úrovních. Primární prevence si klade za cíl zabránit jedincům v prvním kontaktu s drogou, nebo alespoň oddálit okamžik, kdy se jedinec rozhodne s drogami experimentovat. Důležité je rozpoznat motivy, které mohou vést k užívání drog (může se jednat o potřebu zamezit prožívané somatické bolesti, touhu zahnat nudu, ale i o zvědavost či snahu integrovat se do určité společnosti či komunity). Sekundární prevence se zaměřuje na jedince, kteří již s užíváním drog mají zkušenost. Cílem této prevence je přivést jedince k abstinenci, nebo alespoň ke kontrolovanému užívání drogy. Vhodné je pracovat i s rodinou uživatele drog. Terciární prevence je spojena s předcházením vážného poškození zdraví vlivem užívání drog. Jedná se o předcházení vzniku vážných onemocnění, k nimž patří např. AIDS či žloutenka, ale též o resocializace a sociální rehabilitaci uživatelů drog – v rámci sociální práce je kladen důraz na pomoc při hledání bydlení, zaměstnání apod. (Kalina a kol., 2008, s. 18-23).

Gallá (2005, s. 13) se zabývá efektivností těchto programů. Autorka vysvětluje, že není příliš efektivní směřovat prevenci k celoživotní abstinenci od drog, což se týká zejména dětí a mládeže. Dospívání je spojeno s experimentováním, tedy i s experimentováním s drogami. Programy vedené heslem „*Prostě řekni ne*“ tak podle tohoto zdroje většinou nefungují, resp. nevedou k žádoucímu výsledku. Mnohem užitečnější je zaměřit se v rámci prevence na edukaci jedinců týkající se situací, kdy se s drogami mohou setkat – tj. připravit případné uživatele na to, jak jednat, když určitou drogu užijí apod. Zároveň podle autorky není vhodné tvrdit, že zkušenost s měkkými drogami vede k experimentování s drogami tvrdými – nic takového doposud nebylo prokázáno, dospívající těmto názorům nevěří a odborník, který toto tvrdí, tak může ztratit svůj kredit.

Patrně nejvíce je v rámci prevence věnována pozornost dětem a mládeži. Primární prevence, která se dělí na specifickou a nespecifickou, je dle Marádové (2006, s. 22) realizována mimo jiné i ze strany Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, které koordinuje aktivity dalších rezortů, ale i dílčích organizací. V každé škole působí metodik prevence, který koordinuje tvorbu a realizaci preventivního programu ve škole.

Dle našeho názoru se však často rodiče spoléhají právě na působení školy v této oblasti. Skutečností však zůstává, že nejvíce mohou ovlivnit své děti především rodiče. Jak uvádějí Machová, Kubátová a kol. (2015, s. 73-74), prevence v rodině začíná (nebo by měla začínat) ještě předtím, než se dítě dostane do věku, v němž s drogami může začít experimentovat (zároveň také platí, že děti mají mnohdy poměrně snadný přístup k drogám a s drogami začínají mnohem dříve než v dospívání, které je považováno v souvislosti s drogami za období velmi rizikové). Nespecifickou prevencí je způsob života v rodině – upřednostňovaný životní styl, styl výchovy, ale i to, jakým způsobem rodiče přistupují k psychotropním látkám a jaký vztah ke svým dětem mají. Rodinné prostředí naplněné důvěrou a zájmem o členy rodiny je v tomto ohledu významným preventivním faktorem. Vhodné je též, pakliže se rodina věnuje společně volnočasovým aktivitám, děti jsou vedeny k rozvoji svých zájmů a smysluplnému trávení volného času.

U preventivních programů je klíčová jejich efektivita. Programy, které jsou krátkodobé, zaměřené pouze na předání dílčích informací, vedené nedostatečně erudovanými lektory, se v praxi neosvědčují a jejich přínos bývá minimální, byť jsou mnohdy takové programy značně finančně náročné.

Pavlovská (2012) shrnuje hlavní zásady efektivních preventivních programů. Velmi důležité je zohlednit věk jedince – u menších dětí se doporučuje koncipovat preventivní

programy spíše obecně, zatímco u dospívajících je nutné věnovat náležitou pozornost jednotlivým návykovým látkám – jejich účinkům a rizikům, která jsou s nimi spojeny. Programy by měly být dlouhodobé, systematicky vedené a intenzivní. Vhodné je užívat různé přístupy a techniky. Účastníci těchto programů by měli mít možnost volně diskutovat a do programu se aktivně zapojovat. Usvědčují se tedy programy pro menší skupiny účastníků, skupiny by měly být uzavřené. Vždy je důležité zohledňovat místní specifika a provázet program se spoluprací s dalšími odborníky. V obecné rovině nejde jen o to předat potřebné informace, ale měnit postoje a chování – z tohoto důvodu jsou prosazovány zejména programy pracující s tzv. **KAB modelem** (z angl. knowledge-attitude-behavior, tj. znalost, postoj a chování), v nichž se jedinec učí odmítnout drogu, ale i lépe zvládat náročné a stresové situace, nenásilně řešit konflikty apod.

4.2 Medikamentózní léčba

Hovoří-li se o léčbě závislostí, většinou je věnována pozornost psychoterapii. Ve skutečnosti však psychoterapie není jedinou, mnohdy ani jedinou nejvhodnější cestou, jak přistupovat k léčbě závislosti na návykových látkách.

Dle Popovova (2008, s. 145) je užití farmakoterapie mimo jiné limitováno nedostatečným množstvím účinných léčiv. Některé z dostupných léků mají navíc návykový potenciál. I přesto však podle autora platí, že medikamentózní léčba hraje při odvykání významnou roli, zejména jedná-li se o jedince dlouhodobě závislého, a naopak její opomíjení může dle tohoto zdroje hraničit až s porušováním etických principů medicíny.

Medikamentózní léčba není pojmem neznámým ani mezi laickou veřejností – patrně velká část veřejnosti zná léky jako Antabus či metadon. Farmakoterapie se však i v této oblasti neustále vyvíjí a její možnosti jsou tak poměrně rozsáhlé. Z hlediska využití a indikace se přípravky užívané k léčbě závislosti dělí do dvou skupin, a to na látky užívané v rámci substituční léčby a na látky užívané k potlačení bažení (**anti-cravingová terapie**).

Již zmíněný metadon¹⁴ se užívá při **substituční léčbě**. Dušek, Večeřová-Procházková (2010, s. 489) zmiňují, že v České republice byl zahájen metadonový

¹⁴ Metadon nemění náladu a je-li správně stanovená dávka, blokuje efekt jiných opioidů. Při jeho užívání nedochází ke zvyšování tolerance a zmírňuje též craving (Popov, 2008, s. 153).

program v roce 1997, a to v Praze v Apolináři.¹⁵ Substituční léčba je upravena legislativně a mimo jiné je významným preventivním prvkem výskytu AIDS. Při substituční léčbě je nahrazována návyková látka (konkrétně heroin) látkou s podobným účinkem, avšak tato substituční látka je regulována – tj. je v ní jasně vymezena koncentrace psychoaktivní látky, chybí toxické příměsi a aplikace probíhá orálně, nikoliv injekčně. Rozdíl spočívá též v délce účinku látky (účinek metadonu trvá 24 hodin, což umožňuje ambulantní léčbu odvykacího stavu). Užití substituční látky navíc zbavuje závislé nutnosti získávat drogu složitým, často nelegálním způsobem. K dalším látkám, které se v rámci této léčby užívají, patří podle autorů nejčastěji buprenorfin či levacetilmethadol.

Substituční léčba může mít podle Popova (2008, s. 153) tři různé formy:

- krátkodobá léčba: jedná se o rychlou detoxifikační substituci, která probíhá většinou v rámci hospitalizace a trvá 1-2 týdny;
- střednědobá léčba: léčba probíhá během ústavní léčby, někdy i v rámci léčby ambulantní. Je volbou u jedinců, kteří jsou současně závislí na více látkách, nebo u nich existuje vysoká tolerance;
- dlouhodobá léčba: tato léčba probíhá většinou ambulantně, trvat může i několik let.

U závislosti na alkoholu se léčí craving. Cílem je minimalizovat riziko relapsu u závislého jedince. K nejosvědčenějším látkám, které se v rámci anti-cravingové terapie užívají, patří acaprosat a naltrexon. Účinek antabusu (disulfiram) spočívá v tzv. senzitivizaci: pokud jedinec užije alkohol poté, co předtím požil dané senzitivizující farmakum, následuje velmi nepříjemná vegetativní reakce organismu, která se projevuje kolísáním krevního tlaku, tachykardií, zrudnutím v obličeji, bolestmi hlavy, zvracením a obtížným dýcháním. Antabus se užívá většinou po dobu jednoho roku od ukončení základní odvykací léčby (Popov, 2008, s. 147).

Při odvykání kouření se nejčastěji užívají náhražky ve formě žvýkaček, pastilek, náplastí. Nověji se užívá též bupropion, který je antidepresivem a nejúčinnějším lékem, který však nepůsobí u všech kuřáků, je vareniklin, známý spíše pod názvem Champix¹⁶ (Pech, 2016).

¹⁵ Protialkoholní oddělení psychiatrické kliniky Univerzity Karlovy založil v budově u kostela sv. Apolináře v září roku 1948 tehdy začínající lékař Jaroslav Skála. Součástí tohoto oddělení se stala i první protialkoholní záchytná stanice. Od doby svého vzniku se v tomto zařízení léčilo více než 80 tisíc pacientů (Bajerová, 2013).

¹⁶ Vareniclin byl v Evropské unii registrován v roce 2006 pod názvem Champix. Jedná se o první lék, který neobsahuje nikotin, na rozdíl např. od již zmíněných žvýkaček či náplastí. Champix se váže na receptory, které jsou přítomny u kuřáků (nikoliv však u všech) – konkrétně se jedná o $\alpha 4\beta 2$ acetyl-cholin nikotinové receptory. Na těchto receptorech vykazuje agonistickou aktivitu, tj. zabraňuje tomu, aby se na ně navázal nikotin, a zároveň tímto navázáním dochází k vyloučení dopaminu, který vyvolává stejný pocit

Ať již však jedinec využije jakoukoliv z uvedených druhů farmakoterapie, neznamená to, že má nad závislostí vyhráno. Klíčem k celoživotní abstinenci je motivace. Vždy je tedy vhodné kombinovat farmakoterapii s psychoterapií. Psychoterapie, kterou se více zabýváme v následující podkapitole, navíc umožňuje závislému pochopit některé z příčin jeho nemoci, ale též posílit jeho osobnost. O drogách se někdy hovoří jako o „berličkách“, které pomáhají lidem zvládat obtížné životní situace, a to formou úniku od problémů. Jedinec, který úspěšně absolvuje psychoterapii, tyto „berličky“ již dále nemusí potřebovat, případně je může vyměnit za jiné, avšak méně škodlivé.

4.3 Význam psychoterapie pro léčbu drogové závislosti

Jednotlivých druhů psychoterapie existuje velké množství. Platí, že to, co se u jednoho klienta či pacienta jeví jako účinné, může mít u druhého jedince jen velmi malý, nebo žádný efekt. Dle Kaliny (2013, s. 35) je prokázáno, že psychoterapie je účinnější než placebo¹⁷ a zároveň bylo prokázáno, že účinky psychoterapie nelze vysvětlit spontánní remisí. Léčivý efekt psychoterapie je dán především dobře vytvořeným vztahem mezi psychoterapeutem a klientem, který je založený na vzájemné důvěře. Roli hraje i edukace, jejíž míra se v rámci jednotlivých psychoterapií liší, dále emoční uvolnění, a především konfrontace s vlastními problémy (vnitřními konflikty) a posilování žádoucího chování, které nahrazuje chování maladaptivní.

V oblasti léčby závislostí s užitím psychoterapie stojí za zmínku americká studie MATCH. Jak uvádí van Wormer, Davis (204, s. 36-37), tuto studii realizovala americká organizace NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism), a to v letech 1989-1997. Zúčastnilo se jí téměř 2 000 pacientů a studie stála 28 milionů dolarů. Účastníci studie byli náhodně rozděleni do tří skupin a každý účastník podstoupila jednu ze tří terapií (individuální terapii tváří v tvář, nikoliv skupinovou terapii): jednalo se o kognitivně-behaviorální terapii (KBT), terapii MET založenou na posilování motivace a program vycházející ze 12 kroků Anonymních alkoholiků (dále též jako AA). Všichni klienti vykázali obdobné zlepšení, nezávisle na tom, jakou terapii podstoupili. Rozdíly byly pouze dílčí – s odstupem 1 roku vykazovali klienti léčení pomocí 12 kroků AA lepší

blaha, jako kdyby si jedinec zakouřil. Lék je nutné užívat dlouhodobě, minimálně 3-6 měsíců (Králíková, 2007).

¹⁷ Výraz placebo pochází z latinského slova placere, které lze přeložit jako „líbit se“ nebo „potěšit“. Lékař, který užije placebo, tak chce svého pacienta „potěšit“, ulevit mu od strádání, avšak neužije přitom žádného zákroku či léku, jehož primárním cílem je vyléčit daný symptom či nemoc. Reakce na placebo, která znamená zlepšení stavu či úlevu, tak vychází z očekávání pacienta, jeho mentální aktivity, nikoliv ze samotného účinku léku či aktivity lékaře (Fields, 1988, s. 76).

výsledky (abstinenci), ovšem za předpokladu, že se nejednalo o jedince s výraznou psychopatologií; větší úspěch byl zaznamenán u klientů léčených touto cestou, kteří byli věřící, nebo pro které bylo důležité naplnit svůj život smyslem. Klienti málo motivovaní zase více profitovali z terapie MET. Jedinci s výraznější psychopatologií nejvíce profitovali z KBT. Jak autoři doplňují, tato studie se vyznačuje několika limity. Nebyla užita kontrolní skupina, neboť pro výzkumníky bylo neetické zahrnout do studie jedince, kteří potřebovali pomoc, ale ta by jim nebyla poskytnuta. Především však do výzkumu nebyli zahrnuti lidé závislí na heroinu či kokainu, aplikující si drogy injekčně, ale ani závislí se suicidálními tendencemi a lidé s akutní psychózou. I přesto se tato studie stala velmi známou, zejména kvůli výsledkům potvrzujících, že klíčový není druh psychoterapie, ale psychoterapie jako taková.

Nešpor (n.d.) zdůrazňuje, že volba psychoterapie či jednotlivých technik a metod by měly vždy vycházet ze stavu, v němž se pacient nachází. Jak autor vysvětluje, pokud klient nestojí o změnu, je nutné vyvolávat v něm pochybnosti o návykovém chování. Pracovat lze i s odporem klienta. Nápomocná může být skupina Anonymních alkoholiků nebo skupinová terapie, ale v této fázi podle autora nemá příliš význam navrhnout závislému léčbu, neboť by ji odmítl. Pokud se však již klient rozhodne ke změně, je dle autora vhodné užívat v rámci psychoterapie behaviorální postupy, případně techniky jiné. Nutné je posilování žádoucího chování.

Podle Miovského, Bartoškové (2003, s. 36-40) se individuální psychoterapie v léčbě závislostí užívá méně často, než je tomu v případě skupinové psychoterapie. Oproti skupinové psychoterapii je finančně nákladnější, ale především nemůže nabídnout prvky, které přináleží skupinové terapii. Pokud je zvolena během ústavní léčby, ocitá se dle autorů takový pacient v nevýhodné pozici vůči ostatním pacientům, neboť se mu dostává z jejich pohledu nadstandardní péče. Psychoterapie může být podpůrná, zaměřená především na motivaci klienta, nebo systematická dlouhodobá, vycházející z různých psychoterapeutických směrů (Gestalt, psychoanalýza apod.).¹⁸ Individuální psychoterapie často bývá užívána v počátku léčby a na ni dále navazuje psychoterapii skupinová (případně mohou probíhat obě současně). Skupinová psychoterapie nabízí klientům větší

¹⁸ Za pozornost stojí výzkum, při němž Golabadi et al. (2012, s. 19) užili při léčbě mužů závislých na opiátech mimo jiné i hypnoterapii. Celkem 22 respondentů bylo rozděleno do experimentální skupiny a skupiny kontrolní. Jedinci v experimentální skupině kromě stejného druhu individuální psychoterapie absolvovali i čtyři sezení v rámci hypnoterapie. Relaps u respondentů z experimentální skupiny činil 40 %, zatímco u kontrolní skupiny se jednalo o 73 %. Jak však autoři uvádějí, výzkum byl limitován malým výzkumným souborem a rozdíl nebyl statisticky významný, pouze klinicky – i přesto však dle autorů má smysl tento druh léčby dále ověřovat. Respondenti, kteří hypnoterapii podstoupili, udávali zlepšení v oblasti spánku, koncentrace a snížení prožívané bolesti.

emoční podporu, pomoc druhých, odreagování, zpětnou vazbu apod. Bývá volena také u těch klientů, kteří zažívají obtíže v mezilidských vztazích. Bez ohledu na to, o jaký druh terapie se jedná (tj. individuální nebo skupinovou), bývá dle autorů při léčbě závislostí nejčastěji v rámci psychoterapie užíváno prvků behaviorální (nebo kognitivně-behaviorální) terapie. Cílem je změnit chování klienta. Techniky mohou být různé. Nejčastěji je zpevňováno žádoucí chování (užívá se např. token economy – tj. žetonové hospodářství),¹⁹ klient může být postupně vystavován situacím, které jsou pro něj obtížné (expoziční terapie), užívána je relaxace, nácviky, modelování nového chování apod.

Jedinečné postavení mezi způsoby léčby závislosti mají **terapeutické komunity**. Léčba v terapeutické komunitě je orientována především na abstinenci. Abstinence je podmínkou léčby, nikoliv však cílem. Cílem je změna životního stylu, která se odehrává na základě změny ve struktuře osobnosti, resp. prostřednictvím osobního růstu. Členové komunity žijí po určitý čas společně. Život v komunitě se blíží životu v reálném životě, má však určitá pravidla a řád. Členové komunity se účastní skupinové psychoterapie, která je svojí povahou dynamická. Stejnou měrou se však uplatňuje i výchova – členové pracují na svých komunikačních dovednostech, absolvují asertivní trénink, součástí programu bývají besedy, semináře, diskuse či tematické skupiny. Vnějšímu řádu se klienti musí přizpůsobit ihned po příchodu do skupiny – postupně jej internalizují a rozumí mu. K hlavním zákazům patří naprostá abstinence, zákaz manipulace s drogami, zákaz násilného chování a též zákaz sexuálních vztahů mezi členy terapeutické skupiny; pokud klient pravidla poruší, je ze skupiny vyloučen (Richterová Těmínová, Kalina a Adameček, 2008, s. 206-207).

4.3 Cesta „ven“ z drogové závislosti

Dle Kaliny (2003c, s. 97-99) závisí cesta k úzdavě ze závislosti na mnoha faktorech. Uživatelé heroinu a jiných tvrdých drog mají dle autora složitější situaci a spíše se u těchto jedinců setkáváme s relapsy než s úplnou, celoživotní abstinencí. Cesta ven z drogové závislosti také znamená nutnost reparovat to, co bylo poškozeno – tím mohou být rodinné či jiné blízké vztahy, nutnost zvýšit si profesní kvalifikaci, pokud např. upadl do závislosti mladistvý, který z tohoto důvodu zanedbával své vzdělávání apod. Platí, že každá abstinence delší než 3 měsíce zvyšuje šanci, že jednou bude závislý abstinovat po

¹⁹ Klient je za žádoucí chování oceněn „žetony“, které může dle vlastního uvážení proměnit za určitou odměnu (může se jednat o konkrétní věc, nebo o výhodu v podobě způsobu trávení volného času apod.). Tímto způsobem klient posiluje svoji motivaci, ale též získává kontrolu nad svým životem při rozhodování, jak s takto získanou odměnou naloží (Jones-Smith, 2012, s. 120).

zbytek svého života. Zároveň je však důležité, aby tento čas využil dotyčný k realizaci důležitých změn ve svém životě.

Podle Marianiho (2003, s. 148) *„ten, kdo na sobě poznal destrukční moc alkoholu nebo jiné drogy a pod jejím vlivem nějaký čas žil, myslel, jednal a choval se, ve skutečnosti vegetoval, ubližoval, trpěl, v podstatě pomalu umíral. Jednou se však musí zastavit, podívat se na spoušť, kterou po sobě zanechal, a potom opět budovat svoji novou lidskou dimenzi. Ti, kteří prošli peklem závislosti, vědí, že prvním krokem k možné změně je přijetí diagnózy. Druhým je odpuštění a třetím očista...dokonce se zdá, že na to, aby se člověk pohnul kupředu, musí projít debaklem, utrpením, hlubokým pádem, aby opět získal psychickou rovnováhu a sílu.“*

Velmi zajímavý a dle našeho názoru jen velmi málo uváděný pohled na možnost údravy z drogové závislosti popisuje Kalina (2003b, s. 79), dle kterého se někteří odborníci domnívají, že závislý jedinec může *„svoji závislost „přerůst“ – vlastně se tedy uzdravit a být nadále zdravým člověkem, nikoliv pouze abstinujícím alkoholikem či toxikomanem.“* Jak autor dále vysvětluje, tento způsob vyjití ven z nemoci se však netýká všech závislých, ale je o něm uvažováno především u jedinců mladšího věku, v souvislosti s jejich předchozím problematickým vývojem. Dle řady vývojových teorií je úkolem člověka v procesu jeho vývoje úspěšně zvládnout tzv. vývojové úkoly. Ne vždy se to však jedinci podaří – zejména období adolescence je náročné. Dle téhož zdroje se však může např. dvacetiletý závislý na heroinu vyrovnat v rámci intenzivní odvykací léčby s *„nesplněnými a zanedbanými vývojovými úkoly a přesunout se do prostředí a životního stylu sdíleného většinovou populací...závislý na alkoholu ve středním věku však tuto vývojovou perspektivu vlastně nemá.“*

V předchozí podkapitole jsme se zabývali možnostmi léčby. Ta může mít různou formu (tj. může být dobrovolná či nařízená, ambulantní, nebo je jedinec hospitalizován, případně vstoupí do terapeutické komunity, může probíhat pouze formou psychoterapie, častěji však v kombinaci psychoterapie s farmakoterapií apod.). Pochopitelně platí, že čím déle léčba probíhá, tím je efektivnější, avšak i délka léčby má svá specifika. Dle Kaliny (2003c, s. 99) je neefektivnější léčba trvající jeden rok. 3měsíční léčba příliš velký efekt nemá a jak autor doplňuje, nemá ani příliš velký význam léčbu provádět déle než 1 rok; podle některých zjištění dokonce léčba po dobu 2 let vede k horším výsledkům a odpovídá léčbě trvající 9 měsíců.

Velkým tématem při léčbě závislosti je problematika relapsu a udržení abstinence. Dle Kudy (2003, s. 117-120) je vhodnější nenahlížet na závislost jako na nemoc,

ale jako na výzvu k růstu. Jakoukoliv nemoc většinou nemůže jedinec svým úsilím zvládnout, avšak v případě závislosti vede změna chování k vystoupení ze závislosti. Důležité je tedy podle autora pracovat se závislými tak, aby byl kladen důraz na jejich moc, schopnost kontroly, a především participaci na léčbě. Stejně tak je dle téhož zdroje vhodnější nehovořit o recidivě ani o relapsu, ale spíše o lapsu, tedy uklouznutí. Ne vždy platí, že pokud abstinující jedinec znovu okusí drogu, zůstane u ní – mnohdy je naopak rozčarován efektem drogy. Laps se tedy stává křižovatkou, na které závislý stojí a může se rozhodnout, kterou cestou se dále vydá – zda cestou závislosti, nebo naopak kontroly nad závislým jednáním. Je to dle autora příležitost k novému učení. V této oblasti se nabízí velký prostor pro odborníky, kteří mohou pracovat na prevenci relapsu. Většinou bývají krizové tři druhy situací či jevů: negativní emoční prožitek (frustrace, vztek, úzkost, deprese, nuda), který stojí v pozadí asi 35 % všech relapsů, dále interpersonální konflikty, které bývají příčinou přibližně 16 % všech relapsů a sociální tlak, který vede k relapsům asi ve 20 % případů. Jak autor dále vysvětluje, pokud jedinec přece jen selže, objevuje se u něj syndrom porušení abstinence. Dotyčný je zahlcen pocity viny, a to nejen vůči sobě, ale i vůči terapeutovi či léčebnému zařízení. Ve skutečnosti mnohdy terapeut rozpozná v chování klienta rizikové faktory, které většinou souvisejí s životním stylem, nicméně klient si je nechce přiznat. To, co napomáhá cestě ven z drogové závislosti, jsou schopnosti zvládat rizikové situace, ale především změna životního stylu, tj. porozumění stresorům, změna nezdravých vzorců chování, objevení pozitivnějších aktivit a time management.

Röhr (2015, s. 47-49) upozorňuje na recidivu po dvou letech. Přibližně tak dlouho trvá závislému napravit škody ve svém životě, které si závislostí způsobil. K těmto škodám patří narušení či ztráta partnerského vztahu, ztráta zaměstnání, bydlení apod. Pokud se jedinci podaří znovu žít tak, jak byl před vznikem závislosti zvyklý, dostavuje se prázdnota, nuda. Smysl života byl u takového jedince spojován s naplněním vytyčeným cílů – jakmile jich dosáhne, objevuje se ztráta smyslu života. Ten je tedy nutné znovu hledat. Autor připodobňuje život velké části společnosti aktivitám „křečka v kole“. Takový život smysl příliš nemá – lidé jednají stereotypně, aniž by věděli, proč vykonávají řadu povinností a pravidelných aktivit. Závislý musí dle autora provést velmi jasnou a důkladnou bilanci svého dosavadního způsobu života. Je důležité hledat odpovědi na otázky čím žít, pro co žít. Zároveň je nutné posilovat schopnost mít rád sám sebe, neboť nedostatek lásky a úcty k sobě samému byl dle tohoto zdroje příčinou vzniku závislosti.

5 DISKUSE

Mohlo by se zdát, že cesta do drogové závislosti je snazší a kratší než cesta opačná, ze závislosti ven. Je však otázkou, co vše pod obě cesty zahrnout.

Jsme toho názoru, že zralý jedinec, dostatečně vnitřně integrovaný, většinou do drogové závislosti neupadá. Uváděli jsme, že podle Röhra (2015, s. 72) jsou k drogové závislosti více predisponováni lidé se závislou strukturou osobnosti. To, jaký jedinec je, jakou má osobnost, je dáno souhrou genetických dispozic a vnějších vlivů. Cesta do závislosti tak do určité míry začíná již v prenatálním období.

O dnešní době se hovoří jako o době postmoderní. Podle Lipovetského (2003, s. 71-72) *„dnes žijeme sami pro sebe, nestaráme se o své tradice ani o ty, kdo přijdou po nás; upustili jsme od smyslu pro historii stejně jako od společenských institucí a hodnot...když budoucnost vypadá tak nejistě a hrozivě, nezbyvá než se zaměřit na přítomnost, kterou lidé neustále hýčkají, chrání a recyklují v podobě nekončícího mládí.“* Autor hovoří o narcistickém směřování dnešního moderního člověka, které je zaměřeno na vlastní prospěch jedince. Do určité míry se však jedná o volbu nucenou, která je projevem všeobecné apatie.

Drogy jsou v současné době poměrně snadno dostupné. Jsou také společností značně tolerované, což neplatí pouze pro drogy legální, k nimž patří tabák či alkohol. Nabízí jedinci nejen únik od starostí a těžkostí všedního dne, ale i hlubší ponoření se do vlastního vnitřního světa. Tím dochází k nárůstu orientace na sebe sama, což s sebou přináší i odpoutání se od světa vnějšího, spoluvytvářeného ostatními lidmi. Drogy tak tuto tragičnost postmoderny dle našeho názoru ještě více zvyrazňují.

Röhr (2015, s. 50) se zamýšlí nad moderní západní společností v kontextu problematiky závislostí a uvádí, že v civilizovaných zemích většinou chybí rituály, které jsou vlastní národům přírodním. Přerod dítěte v dospělého jedince se odehrává v rámci celého společenství. Rituály mají mnohdy dramatický průběh – mladík je např. připoután ke kůlu a kolem jeho hlavy létají šípy a nože. Jak autor vysvětluje, *„dítě má být zabito, aby mohl žít dospělý muž...v západní kultuře tyto cenné rituály chybějí – to je důvodem, proč je pro tolik lidí tak těžké skutečně dospět. Chovají se jako závislé děti a nedospívají ke své identitě ženy nebo muže.“*

Cesta do drogové závislosti tedy patrně začíná mnohem dříve než si závislý jedinec zpětně uvědomuje, reflektujíc své původní pohnutky k užití návykové látky. Vzhledem k tomu, že je člověk bytostí společenskou, ovlivňují jej i širší společenské podmínky.

I vyrůstání v rodině je dáno tím, jaké hodnoty daná společnost vyznává. Pokud je dnešní moderní společnost často vnímána jako společnost, v níž je upouštěno od tradičních hodnot, lze snáze pochopit, proč se lidé k drogám uchylují. Jestliže jedinci chybí pevný základ, z něž tvoří svoji identitu, snáze podlehnou vlivům, které nabízejí únik od nejistoty do světa, v němž je vše dobré a bezstarostné.

Identita jako jádro osobnosti se vytváří především v adolescenci. Není tedy náhodné, že s drogami lidé nejčastěji experimentují právě v této životní fázi. Uváděli jsme, že si dospívající většinou neuvědomují mnohá rizika související s psychoaktivními látkami. Mnohdy se cítí být nesmrtelnými a neomylnými. Chtějí rozumět sami sobě, aby porozuměli složitému světu dospělých, do kterého vstupují, nebo by měli vstoupit. Drogy je zdánlivě činí dospělými, zároveň však umožňují více si hrát, zbavit se odpovědnosti a zůstat dětmi. Je však zřejmé, že se jedná o hru velmi nebezpečnou, v níž jde často doslova o život.

Příčiny, proč se lidé rozhodnou (pochopitelně většinou nevědomě) vydat se cestou drogové závislosti, bývají mnohé. Ať již se jedná o slabé Ego, nevhodné rodičovské vzory, genetickou predisponovat či psychickou nezralost, neschopnost vypořádat se s nároky dospělého života hrají při vzniku drogové závislosti vždy významnou roli. Na závislého jedince tak můžeme nahlížet jako na člověka, který není schopen odpoutat se od svého dětského Já a v této skutečnosti se také nachází vodítko, jak ze závislosti, pakliže do ní jedinec upadne, postupně vystoupit.

Pokud zůstaneme u psychoanalytické teorie, jíž se těmito úvahami dotýkáme, zmínit můžeme Freudův slavný výrok týkající se toho, čím by měl být lidský život naplněn, aby byl prožit jako plnohodnotný a smysluplný. Freud se domníval, že klíčové je pro jedince milovat a pracovat. Obojí je úzce propojené. Pouze člověk, který miluje sebe, přičemž určitá míra narcismu je vždy nezbytná, může milovat druhé a může též dostatečně usilovně pracovat, aby naplňoval svůj potenciál a přispíval k dobru společnosti. Láska k sobě samému se vytváří v kontaktu s primárním pečovatelem, kterým bývá většinou matka. Z intenzivní citové vazby, kterou matka vytváří, se bytost tvořená převážně pudy a instinkty mění v jedinečnou osobnost, s nadstavbou psychickou i sociální.

Podle Mahlerové, Pinea, Bergmanové (2002, s. 44) se narozené dítě ocitá v symbiózním vztahu s matkou, z něž se v průběhu prvních dvou let vyděluje. Autorka hovoří o psychologickém zrodu dítěte. Aby však k plné separaci mohlo dojít, musí být matka schopna dítěti tuto separaci umožnit, ať již tím, že se sama vzdá tohoto jedinečného

vztahu a dovolí dítěti vzdát se své závislosti na ní, nebo tím, že je schopna dostatečně unést (kontejnovat) silné emoční prožitky dítěte, které často nesou znaky velké hostility.

Pakliže matka tohoto není schopna, jedinec zůstává více či méně člověkem závislým, s nedostatečně formovanou identitou. Symbiotický vztah mu chybí. Drogy pak nabízejí mnohé z těchto nedostatečně uspokojených potřeb v dětství. Užitím drogy se jedinec přenáší do světa, který může připomínat jen málo strukturovaný svět malého dítěte. O dětství míváme často idylické představy. Patrně však ani vnitřní svět malých dětí není vždy příjemný, stejně jako je tomu v případě, kdy jedinec užije drogu. Alespoň na chvíli se však člověk odpoutá od přítomnosti a vydá se na „výlet“, který může, ale nemusí končit dobře. Zároveň platí, že mnoho drog je drogami společenskými (k nim patří např. alkohol či marihuana). Jak uvádí Preedy (2016, s. 193), užívání marihuany je především doménou dospívání a mladé dospělosti – ta určitou skupinu spojuje, její užití je společným zážitkem. Pokud lidé užívají marihuanu i v pozdějším věku, vrstevnický vliv je mnohem menší a spíše se jedná o aktivitu individuální, případně realizovanou výjimečně, nebo pravidelněji pouze s druhou osobou, nikoliv ve větší skupině.

Společný prožitek užití drogy tak dle našeho názoru může jedinci připomínat dříve prožitou symbiotickou jednotu s matkou (nebo jiným primárním pečovatelem). Jestliže jedinec má potřebu tento stav opakovaně vyhledávat, můžeme se domnívat, že daná vývojová fáze nebyla optimálně zvládnuta. To také znamená, že si jedinec ani v pozdějším osobnostním vývoji nebyl schopen dostatečně osvojit další důležité kompetence významné pro optimální dospělý život, k nimž patří např. schopnost sebekontroly, důvěra v sebe sama apod.

Lidé, kteří drogy vyhledávají, jsou většinou lidmi, kteří selhávají v různých oblastech svého života (zejména v mezilidských vztazích), což je dle Hosáka, Hrdličky, Libigera (2015, s. 144) dáno řadou dílčích vlastností a rysů, k nimž patří zejména tendence k impulzivnímu chování, nízká frustrační tolerance, dráždivost či vzrušivost, ale i emoční nezralost, nejistota, slabá vůle a nízká sebedisciplina. Vybavenost těmito rysy ztěžuje cestu ven z drogové závislosti.

To také vysvětluje, proč je tato cesta natolik obtížná a ne všem závislým se podaří z bludného kruhu vystoupit a zamezit tak vlastní sebedestrukci. Uváděli jsme, že farmakoterapie nebývá účinná sama o sobě – většinou je nezbytné doplnit ji dlouhodobější psychoterapií, nebo se při léčbě závislosti zaměřit především na léčbu prostřednictvím psychoterapie.

Co se týče psychoterapie, považujeme za důležité pozastavit se více u dvou forem léčby závislosti, konkrétně u léčby realizované účastí v terapeutické komunitě a aplikací behaviorálních přístupů. Obě formy léčby se jeví jako nejúčinnější v boji s drogovou závislostí a obě dvě lze dle našeho mínění vysvětlit v kontextu raného vývoje osobnosti.

Psychoterapeutická komunita připomíná svojí strukturou rodinu. Má jasný řád, pravidla, kterým je nutné se již v úvodu přizpůsobit. Dle Richterové Těmínové, Kaliny a Adamečka (2008, s. 206-207) jsou v ní zakázány sexuální vztahy podobně jako je v rodině zakázán incest. Terapeutická komunita plní roli výchovně-vzdělávací, opět podobně jako rodina. To, co se tedy nezdařilo v rodině a co přispělo k tomu, že je jedinec ohrožený závislostí, může být v komunitě rozpoznáno a následně reparováno. Podobnost vnímáme i v délce trvání této léčby. Dle Vališové, Kasíkové (2011, s. 440) trvá pobyt v komunitě přibližně 8-24 měsíců (dvouletý pobyt je však spíše výjimečný) a je rozdělen do několika fází – v první se buduje důvěra, v dalších se budují potřebné sociální dovednosti apod. I v tomto ohledu tak můžeme spatřovat analogii s vývojem dítěte popsaným Mahlerovou. Podobně, jako se v prvních dvou letech života psychologicky rodí dítě, i v běhu terapeutické komunity se pomyslně utváří nový člověk – mění se jeho hodnoty, posiluje se vnitřní koherence, jedinec více rozumí sobě samému a více je schopen kontrolovat své jednání.

Oproti tomu behaviorálně zaměřené metody se orientují na posílení vědomé kontroly vlastního jednání a chování. Dovednosti, které si dotyčný neosvojil v průběhu života, si s pomocí odborníků vytváří nově. Stává se kompetentnějším a zralejším, méně ovládaným nevědomými impulzy. I tento přístup tedy můžeme vnímat jako intervenci doplňující rodičovské působení, které patrně nebylo v dětství jedince optimální.

Cestu ze závislosti tak považujeme za cestu za hledáním Já. Zmiňovali jsme, že dle Kudy (2003, s. 117) lze závislost považovat za výzvu k osobnímu růstu. Podle Marianiho (2003, s. 147) je však na počátku této cesty nutné přijmout diagnózu, tedy nejen přiznat si, že dotyčný má problém se závislostí, že je závislý, ale též si uvědomit, v čem tato závislost spočívá, jaká jsou slabá místa jedince. Slabost nemusí být nevýhodou, pakliže si jedinec uvědomí i své silné stránky a pochopí, jak spolu obě roviny souvisejí. Cesta ven ze závislosti je tak dle našeho názoru cestou k celistvosti a integraci osobnosti, jejímu zrání. Je pochopitelné, že je cestou dlouhou, mnohdy i s četnými pády, podobně jako malé dítě padá, když se učí chodit. Na konci této cesty však může závislý zůstat stát nohama pevně na zemi, pevně ukotven v sobě samém. Zdaří-li se to, pak tato silná zkušenost se závislostí nemusí být handicapem, ale nutným krokem vývojové změny.

ZÁVĚR

Drogy nejsou fenoménem poslední doby, ale existovaly již v počátcích lidské historie. Jejich užívání původně nebylo natolik masové, jako je tomu v současné době. Byly jim přisuzovány takřka nadpozemské účinky, což bylo dáno změněnými stavy vědomí, k nimž jejich užívání vede. Dnes již víme, že drogy neumožňují jedinci pouze prožitky libé. Drogy devastují lidský organismus a mnohdy i vedou k předčasnému ukončení života.

Již velmi malé děti slýchávají od svých rodičů a učitelů, že drogy jsou špatné. Jen stěží však mohou rozumět tomu, proč tito dospělí drogy sami užívají. Alkohol je společensky tolerován, téměř žádná rodinná oslava neprobíhá s jeho vyloučením. Většinou ani alkohol za drogu považován není, a to i přesto, že se jedná o drogu silně návykovou, jejíž dopad na jedince a společnost je více negativní než pozitivní. Alkohol bývá příčinou dopravních nehod a násilného jednání. Nebývá však výjimkou, že jsou i děti předškolního věku vybízeny k tomu, aby alkohol ochutnaly. Společnost se pak baví tím, jak nabízený nápoj dětem chutná či nechutná. I v těchto zdánlivě nevinných rodinných událostech začíná cesta do drogové závislosti.

V bakalářské práci jsme se zabývali příčinami vedoucími k užívání psychoaktivních látek, ale i tím, jakým způsobem je možné z drogové závislosti vyjít, pakliže do ní jedinec upadne.

Práce byla koncipována jako teoretická. S využitím odborné literatury byl podán komplexní pohled na závislostní chování, přičemž pozornost byla věnována látkovým závislostem. Zřetel byl kladen na závislostní chování, konkrétně na psychické faktory, které jsou spouštěči závislosti. Tyto faktory byly dále zkoumány v kontextu snahy závislých jedinců o abstinenci, s využitím nezbytné pomoci odborníků v rámci léčby závislosti.

Na základě sumarizace poznatků týkajících se problematiky drog jsme se v diskusní části zaměřili na hlavní nositele změny. Na drogovou závislost lze dle našeho názoru nahlížet především jako na téma nedostatečně sebeaktualizované osobnosti. V době, v níž je devalvován význam mezilidských vztahů a oslabuje se funkce rodiny, vytváří

se značný prostor pro hledání cest, jak uniknout z této neuspořádanosti vnějšího světa. Drogy danou možnost nabízejí.

Často se hovoří o tom, že dnešní moderní západní společnost je společností nedostatečně zralých jedinců. Také závislost bývá odborníky spojována s nedostatečnou zralostí osobnosti. To je také důvodem, proč závislost nelze vyléčit a závislý jedinec bývá považován za celoživotně závislého, i když dlouhodobě abstínuje. Cesta ze závislosti vyžaduje odbornou pomoc. Většinou se jedná o psychoterapii, v jejímž rámci závislý nahlíží na to, k jakému účelu drogy v jeho životě slouží a jakou vhodnější alternativou lze návykovou látku nahradit.

Přínos naší práce spatřujeme v přiblížení složitosti léčby drogové závislosti. Snažili jsme se poukázat především na příčiny, proč tato léčba nebývá často úspěšná. Někteří lidé dokáží přestat s užíváním drog ze dne na den; jedná se však spíše o výjimečné případy. Většinou je nutné dlouhodobě spolupracovat s odborníky a změnit mnohé oblasti života závislého.

Věříme, že tato bakalářská práce přispěla k potřebné osvětě, ale může být i inspirací pro zájemce o dané téma. Na výše uvedená teoretická východiska lze navázat výzkumným šetřením zaměřeným na zkoumání cest, po nichž se vydali závislí, kteří nad svojí nemocí či slabostí vyhráli a dnes úspěšně abstinují. Vítězství každého jedince nad vlastní závislostí lze vnímat nejen jako vítězství osobní, ale též jako zprávu závislého vnějšímu světu o tom, že drogy jedinci více berou než dávají a vhodné je tedy žít bez nich. Platí, že život by měl být naplněn smyslem, avšak drogy tento smysl mohou jen stěží představovat.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BERNARDOVÁ, M. *Drogová závislost a rodina*. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-386-8.
- BYDŽOVSKÝ, Jan. *Předlékařská první pomoc*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2334-1.
- DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.
- FIELDS, Howard L. Placebo effect. In HOBSON, Allan J. *States of Brain and Mind*. New York: Springer, 1988, pp. 76-77. ISBN 978-1-4899-6773-2.
- FIRST, Michael B. and Allan TASMAN. *Clinical Guide to the Diagnosis and Treatment of Mental Disorders*. 2nd ed. Chichester: John Wiley & Sons, 2010. ISBN 978-0-470-74520-5.
- FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2781-3.
- GALLÁ, M. *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí: příručka o efektivní školní drogové prevenci*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. ISBN 80-86734-38-2.
- GOLABADI, Majid et al. Hypnotherapy in the Treatment of Opium Addiction: A Pilot Study. In *Integrative medicine*, 2012. Vol. 11, Issue 3, pp. 19-23. ISSN 1546-993X.
- HANSON, Glen R., VENTURELLI, Peter J. and Annette E. FLECKENSTEIN. *Drugs and society*. 13. vyd. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2017. ISBN 9781284110876.
- HLUBINKOVÁ, Zuzana a kol. *Psychologie a sociologie ekonomického chování*. 3. aktualiz., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1593-3.
- HOSÁK, Ladislav, HRDLÍČKA, Michal, LIBIGER, Jan a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.
- JEŘÁBEK, Petr. Psychologie závislosti. In KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. s. 53-74. ISBN 978-80-247-1411-0.
- JONES-SMITH, Elsie. *Theories of Counseling and Psychotherapy: An Integrative Approach*. Los Angeles: Sage, 2012. ISBN 978-1-4129-1004-0.
- JOPP, Andreas. *Kouřím rád, ale přestanu do 30 dní*. Brno: CPress, 2014. ISBN 978-80-264-0591-7.

- KALINA, Kamil. Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy. In KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 15-24. ISBN 80-86734-05-6.
- KALINA, Kamil. Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. In KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003b. s. 78-81. ISBN 80-86734-05-6.
- KALINA, Kamil. Faktory významné pro účinnost léčby a změnu klienta. In KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003c. s. 97-102. ISBN 80-86734-05-6.
- KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.
- KALINA, Kamil. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4361-5.
- KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4331-8.
- KAZIMOUR, Ivan. *Historie zdravotnictví*. [Praha]: Martin Koláček – E-knihy jedou, 2017. ISBN 978-80-7512-758-7.
- KOPECKÁ, Ilona. *Psychologie 3. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-3877-2.
- KRÁLÍKOVÁ, Eva. Tabák a závislost na tabáku. In KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 205-211. ISBN 80-86734-05-6.
- KUDA, Aleš. Relaps, prevence a zvládání relapsu. In KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003c. s. 117-124. ISBN 80-86734-05-6.
- KUDRLE, Stanislav. Historie užívání a zneužívání psychotropních látek. In KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003a. s. 83-89. ISBN 80-86734-05-6.
- KUDRLE, Stanislav. Psychopatologie závislosti a kodependence. In KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003b. s. 107-113. ISBN 80-86734-05-6.
- KUKLA, Lubomír a kol. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-3874-1.
- LIPOVETSKY, Giles. *Éra prázdnoty: Úvahy o současném individualismu*. Praha: Prostor, 2003. ISBN 80-7260-085-0.

- MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5351-5.
- MAHDALÍČKOVÁ, Jana. *Víme o drogách všechno?* Praha: Wolters Kluwer, 2014. ISBN 978-80-7478-589-4.
- MAHLER, Margaret S., Fred PINE and Anni BERGMAN. *The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis and Individuation*. Eastbourne: Antony Rowe, 2002. ISBN 0-946439-12-5.
- MARÁDOVÁ, Eva. *Prevence závislostí*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-70-9.
- MARIANI, Juraj. Člověk musí vstát tam, kde spadol. In JANIÁKOVÁ, Danica. *Tak už dost!* Bratislava: Kontakt, 2003, s. 144-155. ISBN 80-968985-0-7.
- MARTIN, Lynn A. *Alcohol, Violence and Disorder in Traditional Europe*. Kirksville: Truman State University Press, 2009. ISBN 978-1-931112-96-3.
- MATOUŠKOVÁ, Ingrid. *Aplikovaná forenzní psychologie*. Praha: Grada, 2013. 978-80-247-4580-0.
- MINAŘÍK, Jakub. Stimulancia. In KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 164-168. ISBN 80-86734-05-6.
- MINAŘÍK, Jakub a Vratislav ŘEHÁK. Somatické komplikace a komorbidita. In KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. s. 88-98. ISBN 978-80-247-1411-0.
- MIOVSKÝ, Michal. Alkohol. In KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 174-179. ISBN 80-86734-05-6.
- MIOVSKÝ, Michal a Ivana BARTOŠÍKOVÁ. Hlavní psychoterapeutické přístupy. In KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 36-44. ISBN 80-86734-05-6.
- MIOVSKÝ, Michal a kol. *Konopí a konopné drogy: adiktologické kompendium*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-0865-2.
- MÜLLEROVÁ, Dana. *Hygienu, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2510-2.
- NAKKEN, Craig. *The Addictive Personality: Understanding the Addictive Process and Compulsive Behavior*. 2nd ed. Minnesota: Hazelden, 1996. ISBN 1-56838-129-8.

- NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011a. ISBN 978-80-7367-908-8.
- NEŠPOR, Karel. Závislost na alkoholu – diagnostika a léčby dnes. In *Psychiatrie*, 2011b, roč. 15, č. 3, s. 154-159. ISSN 1211-7579.
- NOVÁK, Jan. *Jedovaté rostliny kolem nás*. Praha: Grada, 2007. 978-80-247-1549-0.
- PAVLOVSKÝ, Pavel a kol. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4332-5.
- POPOV, Petr. Alkohol. In KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 151-158. ISBN 80-86734-05-6.
- POPOV, Petr. Farmakoterapie poruch vyvolaných účinkem návykových látek a substituční léčba. In KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008, s. 145-158. ISBN 978-80-247-1411-0.
- PRAŠKO, Ján. Závislost na návykových látkách. In LÁTALOVÁ, Klára, KAMARÁDOVÁ, Dana a Ján PRAŠKO. *Suicidialita u psychických poruch*. Praha: Grada, 2015. s. 138-154. ISBN 978-80-247-4305-9.
- PREEDY, Victor R (Ed.). *Handbook of Cannabis and Related Pathologies: Biology, Pharmacology, Diagnosis, and Treatment*. London: Elsevier, 2016. ISBN 978-0-12-800756-3.
- RABOCH, Jiří, ZVOLSKÝ, Petr et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén, Karolinum, 2001. ISBN 80-7262-140-8.
- RICHTEROVÁ TĚMÍNOVÁ, Martina, Kamil KALINA a David ADAMEČEK. Terapeutická komunita a její aplikace. In KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008, s. 199-214. ISBN 978-80-247-1411-0.
- RÖHR, Heinz-Peter. *Závislost: jak jí rozumět a jak ji překonat*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0927-0.
- SANANIM. *Drogy: otázky a odpovědi*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-223-2.
- SKÁLA, Jaroslav. *Alkohol a jiné (psychotropní) drogy: abuzus a závislost*. Praha: Avicenum, 1986. ISBN neuvedeno.
- ŠERÝ, Omar. Dědičnost látkových závislostí. In *Zaostřeno na drogy*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007, roč. 5, č. 3, s. 1-8. ISSN 1214-1089.
- VALIŠOVÁ, Alena a Hana KASÍKOVÁ (Eds.). *Pedagogika pro učitele*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3357-9.

Van WORMER, Katherine and Diane Rae DAVIS. *Addiction Treatment: A Strenth's Perspective*. 4th Ed. Boston: Centage Learning, 2014. ISBN 978-1-305-94330-8.

ZELENKA, Jaroslav. *Nečekaný lék*. Brno: CPress, 2015. ISBN 978-80-264-0813-0.

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník.

Elektronické zdroje:

BAJEROVÁ, Markéta. *Protialkoholní léčebna Apolinář slaví výročí, je pro svět modelem*. [online] 5.9.2013 [cit. 2017-05-03]. Dostupné z http://www.tyden.cz/rubriky/zdravi/zdravi/protialkoholni-lecebna-apolinar-slavi-vyroci-slouzi-jako-svetovy-model_281727.html.

BOHDAL, Zbyněk. *Drogová závislost?* [online] 20.2.2013 [cit. 2017-03-07]. Dostupné z: http://www.bohnicebezhranic.cz/cs/zajimavosti-z-oboru/Drogova-zavislost__s629x7338.html.

ČTK. *Podle psychiatra děti nesmí pít alkohol ani výjimečně*. [online] 30.12.2008 [cit. 2017-02-13]. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/zena/deti/157607-podle-psychiatra-deti-nesmi-pit-alkohol-ani-vyjimecne.html>.

ČTK. *Drogy ve světě podle OSN užívá na 250 milionů lidí*. [online] 23.6.2016a [cit. 2017-02-01]. Dostupné z: <http://www.ceskenoviny.cz/zpravy/drogy-ve-svete-podle-osn-uziva-na-250-milionu-lidi/1364738>.

ČTK. *České konopí míří do lékáren. Pěstitel dodá 40 kilogramů, oproti zahraničnímu je levnější*. [online] 23.3.2016b [cit. 2017-02-14]. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/ceske-konopi-na-pultech-lekaren-oproti-zahranicnimu-je-levne/r~0b9deb3cf0d411e5a8d7002590604f2e/?redirected=1487027181>

Drogy.cz. *Stádia pervitinových „zážitků“*. [online] n.d. [cit. 2017-03-07]. Dostupné z: <http://www.drogy.cz/pervitin/kap-stadia-pervitinovych-zazitku.html>

EuroZpravy.cz/ČTK. *Jak vzniká závislost? Účinky kokainu na mozek jsou šokující*. [online] 26.8.2013 [cit. 2017-03-07]. Dostupné z: <http://veda-a-technika.eurozpravy.cz/veda/76221-jak-vznika-zavislost-ucinky-kokainu-na-mozek-jsou-sokujici/>.

HOLCNEROVÁ, Petra. *Alkohol: Historie* [online] n.d. [cit. 2017-02-01]. Dostupné z: www.adiktologie.cz/cz/articles/download/3460/alkohol-uvod-historie-pdf.

JUSTINOVÁ, Jana. *Alkohol injekčně*. [online] n.d. [cit. 2017-02-13]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/dotazy/14297/alkohol-injekcne.html>.

KRÁLÍKOVÁ, Eva. *Vareniclin*. [online] 2007 [cit. 2017-05-02]. Dostupné z <http://www.champix.cz/dokumenty/Vareniklin.pdf>

MINAŘÍK, Jakub. *O drogách obecně: Drogy čili omamné, psychotropní či psychoaktivní látky*. [online] 2009 [cit. 2017-02-02]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/o-drogach-obecne.html>.

MÖLLEROVÁ, Jana. *Homo Botanicus: Nicot de Villemain, Jean*. [online] 13.4.2010 [cit. 2017-02-01]. Dostupné z: <http://botany.cz/cs/nicot/>.

NEŠPOR, Karel. *Moderní léčba návykových nemocí*. [online] n.d. [cit. 2017-05-03]. Dostupné z www.drnespor.eu/modlec.doc.

PAVLOVSKÁ, Amalie. *Co v primární prevenci funguje aneb Zásady efektivní prevence*. [online] 6.8.2012 [cit. 2017-05-02]. Dostupné z <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/377/3706/Co-v-primarni-prevenci-funguje-aneb-Zasady-efektivni-prevence>.

PECH, Přemysl. *RF3 – Kouření*. [online] 13.1.2016 [cit. 2017-05-02]. Dostupné z <http://www.dr-pech.cz/?p=149>.

PETRÁŠOVÁ, Lenka. *Nemocné srdce nespravila Čechovi ani operace, pomohla až injekce lihu*. [online] 9.7.2013 [cit. 2017-02-13]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/injekce-lihu-do-srdce-u-cecha-d14-/domaci.aspx?c=A130708_195930_domaci_ert.

PČR. *Množství větší než malé*. [online] 2014 [cit. 2017-02-02]. Dostupné z: <http://www.policie.cz/clanek/mnozstvi-vetsi-nez-male.aspx>

PS PČR. *Tezaurus EUROVOC*. [online] n.d. [cit. 2017-02-02]. Dostupné z <http://www.psp.cz/sqw/evtree.sqw?t=4306&L=CZ&h=1>.

SOVINOVÁ, Hana a Ladislav CSÉMY. *Užívání tabáku v České republice 2015*. [online] 2016 [cit. 2017-02-13]. Dostupné z http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/zavislosti/Uzivani_tabaku_2015.pdf.

ŠMÍD, Darek. *Kokain*. [online] 14.3.2008 [cit. 2017-03-07]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/59/1271/Kokain>.

VÁLKOVÁ, Hana. *Vědci vzpomínali na experiment s LSD. Mimořádná zkušenost, tvrdí*. [online] 7.4.2014 [cit. 2017-02-01]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/autoexperimenty-s-lsd-v-psychiatrii-dv6-/domaci.aspx?c=A140403_122335_domaci_hv.

ZELENÝ, Mníslav. *Alkohol*. [online] 12.9.2012 [cit. 2017-02-01]. Dostupné z: <http://www.granamazonia.cz/aktivity/publikacni-cinnost/detail/23-prispevek-k-debate-lidovych-novin-o-alkoholu/>

SUMMARY

Bachelor thesis deals in detail with problems of drug addiction. It describes the possible ways of drug addiction, the development of drug addiction, but also ways to overcome dependence and find a different sense of life than the escape from problems.

The thesis is conceived as theoretical. It consists of five main chapters. The first chapter is dedicated to the characteristics of drugs. It contains a brief summary of drug history, key concepts are defined. It is also about the status of drugs in contemporary society and their importance for individuals.

In the second chapter there is a description of the most commonly used drugs, their effects on human health and psyche and the development of dependence on some drugs.

The third chapter focuses on the personality of the addict. Mentioned are the most important factors involved in the development of addiction, ie genetic equipment, family influences and the social environment, but above all personality traits that predispose individuals to addictive behavior.

The fourth chapter describes the possibilities of prevention and treatment. Described are some of the preventive programs that are most useful in practice. Drug treatment is viewed in a comprehensive way. There are many ways to treat addiction to psychotropic substances; In practice, the combination of pharmacotherapy and psychotherapy is the best practice. Both treatment alternatives are described in more detail, with emphasis being placed on the options available to addicts in the Czech Republic.

The fifth chapter is devoted to the discussion. The addicted individual is viewed in the context of biopsychosocial development, but also from the point of view of psychoanalysis and the specificities of today's postmodern world.